Nr. 23. 7. czerwca 1930 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. MORACZEWSKI i Stefan GRZYCKI. Lwów.

O wpływie diety na skład krwi i wydzielenie niektórych składników moczu.

Z pracowni Zakładu Patologji ogólnej i Chemji fizjologicznej Akademji Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. Wacław Moraczewski.

Badania, wykonane w ostatnich czasach w naszym zakładzie, a dotyczące wydzielenia niektórych składników moczu i składu krwi, upoważniają do postawienia pewnych praw co do zależności wzajemnej np. amonjaku i kwasu moczowego, albo acetonu, i co do zależności wydzielenia od rodzaju diety.

Nie wdając się w szczegóły naszych doświadczeń, których wyniki ogłoszone zostały w całości w Rozprawach biologicznych, ograniczymy się tu do podania najważniejszych i może mało znanych szczegółów.

Przedewszystkiem godnem uwagi jest fakt, że ilość pożywienia, czyli ilość kaloryj, zmienia w znacznej mierze typ wydzielenia, że ilość sama jest niejako czynnikiem, upośledzającym sprawność narządów. Znane i powszechnie zalecane ograniczenie karmienia znajduje w doświadczeniach naszych potwierdzenie i naukowe podstawy.

Porównywując wydzielenie przy diecie szczupłej i mięszanej z wydzieleniem przy przekarmianiu, znajdujemy pewne typowe różnice:

1) Woda, która w ciągu diety szczupłej wydzielała się jednolicie bez względu na przeważające ilości tłuszczów, czy węglowodanów, wydziela się przy diecie obfitej gorzej. Dodatek masła do diety szczupłej nie wpływa na wydzielenie, natomiast przy diecie obfitej wyraźnie je obniża, o czem wielokrotnie jeden z nas wspominał w sprawozdaniach z doświadczeń nad ludźmi i królikami. Przekarmianie zatem powoduje warunki gorszej regulacji wydzielenia, zależne może od sprawności wątroby.

2) Wydzielanie acetonu, które uważa się za objaw głodu węglowodanowego, doznaje również charakterystycznego powiększenia które przypisać można również upośledzeniu czynności wątroby. Aceton w diecie szczupłej wydziela się w naszych doświadczeniach w ilościach nie przekraczających 12 mg dziennie, powiększa się przy zakwaszaniu przez chlorek wapnia lub chlorek amonu, i najwyższe cyfry osiąga zawsze przy diecie tłuszczowej. Natomiast przekarmienie wywołuje nietylko powiększenie absolutnej ilości do 16 mg dziennie, ale — co szczególnie zasługuje na uwagę — największa ilość przypada na okres pożywienia mięsnego 23 mg. Widzimy zatem, że nietylko głód obniża ową sprawność wątroby, że nietylko tłuszcze szczególniej do tego się przyczyniają, ale w równej mierze, jeżeli nie większej, przyczynia się do tego przekarmianie białkiem, co znowu potwierdza obserwacja w chorobie cukrowej [1]).

3) Kwas moczowy, który w dietach szczupłych i jednostronnych, to jest złożonych wyłącznie z ryżu i wody, albo masła i wody, wydzielał się w ilościach 44—57 mg dziennie i również przy zakwaszeniu ulegał powiększeniu, kwas moczowy, którego ilości małej ulegały zmianie nawet przy diecie wyłącznie mięsnej, albo przy dodaniu białka w czasie diety szczupłej mięszanej, wykazuje bardzo znaczne zwiększenie w okresie przekarmiania. Ale nie nadmierne ilości białka są tego powodem tylko ogólne ilości pożywienia, bo największe ilości kwasu moczowego spotykamy nie przy dodaniu białka w czasie diety obfitej, tylko raczej w czasie dodatku masła. Znajdujemy wtedy w ciągu owych trzech dni ilości następujące:

52 mg 118 mg 138 mg;

natomiast przy dodaniu białka mamy ilości:

154 mg, 92 mg, 92 mg, czyli powolne zmniejszanie się wydzielenia przy białku, a powolne powiększenie się przy tłuszczach.

Powyższe spostrzeżenie zdaje się sprzeciwiać popularnemu zapatrywaniu o wydzielaniu kwasu moczowego i rzekomej szkodliwości mięsa w skazie moczanowej, a jest raczej wyrazem wpływu przekarmiania na sprawność narządów, przekarmiania, które szczególniej daje się odczuwać przy nadmiarze tłuszczu, jak świadczy upośledzone wydzielenie wody, acetonu i amonjaku, o którem jeszcze mówić będziemy. Że nadmiar tłuszczu wpływa na upośledzenie czynności wątroby, wykazały już dawniejsze badania jednego z nas wykonane w 1916 r. przy porównaniu wydzielenia indykanu, acetonu, kwasu moczowego i szczawiowego, gdzie również wszystkie te składniki uzależniono od sprawności wątroby. To co nazywamy obecnie zakwaszeniem ustroju, co wyraża się obniżeniem zapasu zasad we krwi, jest związane organicznie z tym typem wydzielania, który zresztą i w naszych ostatnich doświadczeniach znajduje potwierdzenie. I tu bowiem dodatek zakwaszających soli jak $CaCl_2$ i NH_4Cl powoduje powiększenie kwasu moczowego, obniżając jednocześnie rezerwę alkaliczną krwi. I tu wprowadzenie 500 cm^3 wody, która wyługowuje tkanki z sodowych jonów prowadzi do znacznego powiększenia wydzielenia moczanów.

4) Wydzielanie amonjaku należy oddawna do najpewniejszych mierników zakwaszenia. Otóż w naszych doświadczeniach widzimy zarówno w dietach jednostronnych, jak i dietach szczupłych i mięszanych, że najbardziej zakwaszającą dietą jest — przynajmniej dla organizmu, który był przedmiotem naszych badań — dieta węglowodanowa. Białko zawsze powiększa rezerwę alkaliczną krwi, i zawsze wykazuje w stosunku do azotu najmniejsze ilości amonjaku. Przy diecie wyłącznie tłuszczowej lub wyłącznie węglowodanowej spotykamy $NH_3 : N$ 10 — 11, przy wyłącznie białkowej 4,5 — 5,0. Mięszana dieta wykazuje stosunek powyższy 6,0 dodanie białka obniża go do 4,4, dodanie ryżu podnosi. Nawet przekarmianie stosunkowo mało wpływa na wydzielenie amonjaku, zapewne wskutek wielkiej ilości białka, które wpływa na alkalizację swemi grupami aminowemi. Wszelkie zakwaszania solami $CaCl_2$ i NH_4CL powiększają znacznie wydzielenie amonjaku, również powiększa jego ilość woda, podana w ilości 500 cm^3 na dobę.

5) Wpływ wody na zakwaszenie ustroju należy do procesów zbadanych w ostatnich czasach przez francuskich autorów H. Chabanier, C. Lobo O'neli i E. Lelu. Wykazali oni, że wypicie pewnej ilości wody prowadzi do alkalizowania moczu, co w naszych doświadczeniach znalazło potwierdzenie.

Nietylko ph uległo zmianie, wznosząc się w 7,6 do 8,2, ale kwasota ogólna moczu, amonjak, kwas moczowy, aceton wykazują symptomy zakwaszenia. Zapas zasad we krwi spada z 48,1 do 40,4 a chlorki we krwi wznoszą się z 0,50 do 0,68. Okazuje się zatem, że woda wypłukuje jony sodowe, a zatrzymuje jony chloru. Na tem polega prawdopodobnie wpływ zakwaszający, który znajduje swój wyraz w zmianie wydzielenia, o której wspomnamy. Nie dziw, że picie wód mineralnych dawało wszystkim badaczom wyniki bardzo pocieszające co do wydzielenia moczanów: wszyscy bowiem mogli wykazać powiększone wydzielenie moczanów i prawdopodobnie tłumaczyli to wypłukiwaniem ustroju. Tymczasem doświadczenia nasze upoważniają nas raczej do innego tłumaczenia. Na podstawie tego, o czem mówiliśmy wyżej, woda, wypłukując jon sodowy, stwarza zakwaszenie, które wyraża się zarówno przez powiększenie ilości amonjaku, jak i powiększenie ilości kwasu moczowego.

Bez wody 39,6, 47,9, 52.8 przy diecie mięszanej,

500 cm^3 wody, 109,4, 84,7, 78,3, mg dziennie.

Zaznaczyć się godzi, że to powiększenie znowu występuje nie przy diecie białkowej, ale raczej przy karmieniu węglowodanami. Sądzimy, że zachodzi tu powiększenie wytwarzania kwasu moczowego, które znajduje wyraz w wzmożonem wydzieleniu. Nie wdając się w rozważania, czy kwas moczowy się w ustroju stwarza, czy tylko z rozbicia ciał nukleinowych powstaje, możemy przyjąć że w pewnych warunkach powstawanie to jest ułatwione,

[1]) Na szczególną uwagę zasługuje wpływ soli potasowych na wydzielenie acetonu. We wszystkich rodzajach karmienia widzimy w okresie podawania chlorku potasu znaczną acetonurję, której przyczyny na razie trudno się domyśleć. Możemy jedynie wyrazić przypuszczenie, że chodzi tu o jakiś rozpad mięśni, bo jednocześnie widzimy wzmożone wydzielenie fosforanów i kwasu moczowego.

albo obfitsze i te warunki znajdujemy w wyżej wyszczególnionych wpływach: przekarmianiu, wprowadzaniu $CaCl_2$ i NH_4Cl, które zdają się wszystkie upośledzać sprawność wątroby, jeżeli narząd ten będziemy uważali za wyraz regulowania i kompensacji przeróżnych zboczeń.

6) Wprowadzenie soli obojętnych, jak soli kuchennej, chlorku potasu zasługuje na szczególne rozważanie. Chlorek sodu rozpada się niejako w ustroju, przyczem chlor zostaje wydzielony a sód zatrzymany. Poznajemy to po zwiększeniu zapasu zasad we krwi, i po zwiększeniu kwasowości moczu. Równocześnie obniża się ilość amonjaku. Mniej wybitnie działa sól potasowa, której wpływ raczej przypomina wpływ chlorku wapnia i chlorku amonu. Bardzo wyraźnie zaznacza się ta różnica we krwi, gdzie chlorki spadają w okresie podawania soli kuchennej, a wzmagają się w okresie podawania soli amonowej.

7) Sole wapienne krwi ulegają wyraźnemu powiększeniu przy podawaniu tłuszczu bez względu na rodzaj diety i sposób karmienia. Sądziliśmy z początku, że jest to wpływ ergosteryny zawartej w maśle, ale próby wykonane z kunerolem, szmalcem i oliwą przekonały nas, że wszelki tłuszcz wywołuje ten sam skutek.

8) Wydzielenie kreatyniny było poddane szczególnej uwadze ze względu na związek z czynnością mięśni, której jeden z nas (St. Grzycki) poświęca dalsze badania. Okazało się ,że wydzielenie kreatyniny podlega jakby dwom różnym czynnikom. Potrochu zależne jest od ilości azotu wprowadzonego do ustroju, potrochu od ilości węglowodanów. Przy diecie wyłącznie węglowodanowej widzimy ilości najwyższe, szczególniej w stosunku do ilości azotu, i zawsze dieta węglowodanowa albo dodatek węglowodanów daje znaczniejsze ilości, niż tłuszcze, albo białko. Chlorek amonu zdaje się wpływać na wydzielenie kreatyniny nietylko jako czynnik zakwaszający, ale jako materjał twórczy, który grupy amonowe zawiera. Widzimy bowiem, że dieta bezbiałkowa nie wytwarza z solami amonowemi kreatyniny, dopóki nie dodamy do niej białka, grupa glikokolowa zdaje się dostarczać owego składnika, który z amonjakiem tworzy kreatyninę. Zakwaszenie i alkalizacja zdaje się mniej wpływać na ilości wydzielania kreatyniny, niż na wydzielanie innych składników, o których pisaliśmy wyżej.

9) Wydzielenie fosforanów zdaje się być ściśle złączone z rozbiciem ciał białkowych. Dlatego wydzielenie w czasie diety wyłącznie tłuszczowej jest większe, niż w okresie karmienia ryżem, bo węglowodany oszczędzają białko wybitniej, niż tłuszcze. Bardzo znamienny jest wpływ soli potasowych na fosforany. Podawanie chlorku potasu podnosi wydzielenie fosforanów przy każdem rodzaju karmienia, co przypomina zachowanie się acetonu i może się łączy z tem zjawiskiem organicznie.

10) Chlorki w moczu zachowują się bardzo szczególnie: dodanie 5-ciu gramów dziennie wywołuje w niektórych wypadkach raczej wzmożone wydzielenie i obniżenie chlorków krwi, jak pisaliśmy wyżej. Dodatek wody przeciwnie obniża wydzielanie moczem, a podnosi zawartość chloru we krwi. Jest to zresztą związane z szeregiem innych objawów, które nazywamy zakwaszeniem, bo działanie zakwaszające chlorku amonu jest połączone z zatrzymaniem chlorków we krwi, a działanie alkalizujące chlorku sodu z największem wydzielaniem chlorków moczu. Tak samo obniża dodatek 500 cm^3 wody.

11) Wreszcie zawartość części stałych we krwi nie zawsze odpowiada wodzie wydzielonej z moczem. W doświadczeniach dawniejszych stwierdzaliśmy powiększenie części stałych przy diecie białkowej z jednoczesnem powiększeniem wydzielenia wody. Tu widzimy wprawdzie najwyższe liczby dla części stałych przy diecie białkowej, ale liczbom tym nie odpowiadają ilości wydzielonej z moczem wody. I z drugiej strony przy diecie tłuszczowej krew jest najbardziej wodnista, ale diureza bynajmniej temu nie odpowiada, bo właśnie przy tłuszczach jest w diecie jednostronnej najwyższa. Przy białku zatem woda przenika z krwi do tkanek, przy diecie jednostronnej, t. j. wyłącznie tłuszczowej, lub węglowodanowej, natomiast z tkanek do krwi. Tak się przedstawia woda przy podawaniu soli. Bez soli sprawa ma się inaczej. Wtedy małe wydzielenie wody przy białku wywołuje rozwodnienie krwi, a obfite wydzielenie przy tłuszczach zagęszczenie krwi.

Dieta mięszana zaciera te stosunki i nie pozwala na wnioski. Ogólnie tylko da się powiedzieć, że dieta mięszana i nadmierna najczęściej ma przy białku krew bardziej stężoną, ale racjonalnej zależności pomiędzy wydzieleniem wody a krwi i tu nie daje się ustalić.

Prof. J. SZMURŁO. Wilno

Wyniki zapoczątkowanych przezemnie badań ognisk twardzielowych na terenie województw północno-wschodnich.

Sprawa znacznego rozpowszechnienia w Polsce twardzieli i zagadnienie walki z tą chorobą, oddawna zajmowały u nas umysły lekarzy laryngologów. W roku 1911, na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Krakowie Jurasz wygłasza odczyt o konieczności społecznej walki z twardzielą i wzywa lekarzy i sanitarne władze państwowe do jej zorganizowania na terenie byłej Galicji Wschodniej, w szczególności zaleca notowanie poszczególnych przypadków, pobudowanie stacyj centralnych dla walki z twardzielą, wreszcie coroczne zwoływanie kongresów specjalnych, poświęconych całkowicie zagadnieniu twardzieli. W roku 1919 A. Żebrowski wygłasza w Sekcji Laryngologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego odczyt o twardzieli, zwracając przeważnie uwagę na jej rozpowszechnienie na Lubelszczyźnie i w Siedleckiem. W toku dyskusji, jaka się wówczas wywiązała, obecni na posiedzeniu członkowie Sekcji uznali, że należy przedewszystkiem zbadać stan twardzieli na miejscu, na wsi, że należy zorganizować Komisję, któraby się zajęła wypracowaniem metod badania twardzieli w ogniskach, gdzie powstaje i skąd się szerzy. Skończyło się wszakże na zbożnych życzeniach. Komisja taka wówczas rzeczywiście została wybrana, ale żadnych śladów jej działalności nie widzieliśmy. Pierwsze próby akcji społecznej widzimy dopiero po roku 1928, dacie Międzynarodowego Zjazdu Otolaryngologicznego, na którym jak wiadomo sprawa twardzieli została szeroko potraktowana przez otolaryngologów polskich i rosyjskich. Przedstawione prace, dotyczące etjologji, anatomji patologicznej i diagnostyki tego cierpienia, do tego stopnia zainteresowały ogół uczestników, że postanowiono temat o twardzieli postawić jako jeden z głównych tematów na przyszłym Międzynarodowym Zjeździe Otolaryngologicznym w Madrycie w roku 1932, postanowiono przytem powołać Komitet do badań nad twardzielą, a jego organizację powierzono Prof. S. Belinoffowi z Sofji. Ten utworzył komitet międzynarodowy do badań nad twardzielą, który ma za zadanie przygotowanie prac na Międzynarodowy Zjazd w Madrycie. Do komitetu tego ze strony Polski wszedł Prof. Zalewski ze Lwowa i niżej podpisany. Prof. Zalewski podjął się opracowania epidemjologii twardzieli, ja zaś wziąłem na siebie sprawę zmian anatomicznych w twardzieli. Oprócz tego Belinoff zainicjował sprawę tworzenia komitetów narodowych do badań twardzieli w krajach, gdzie twardziel dosięgła znacznego rozpowszechnienia, a więc u nas w Polsce, w Czechosłowacji, w Rosji, w Jugosławji. Do komitetu narodowego w Polsce weszli członkowie Komitetu Międzynarodowego Profesorowie Zalewski i Szmurło, a oprócz nich prezes Polskiego T-wa Otolaryngologicznego Dr. Jan Czarnecki, Dr. L. Lubliner, Dr. Tryjarski. Na przewodniczącego Komitetu został wybrany Prof. T. Zalewski. Pierwszą pracą Komitetu było zwrócenie się do Departamentu Służby Zdrowia w sprawie konieczności rejestracji twardzieli, która została pominięta w spisie chorób zakaźnych, podlegających rejestracji. Departament Zdrowia podzielił pogląd przedstawicieli Komitetu i wydał odpowiednie zarządzenie, ogłoszone we wszystkich pismach lekarskich oraz w pismach urzędowych. Na mocy tego rozporządzenia wszyscy lekarze obowiązani są powiadamiać władze administracyjne o wszystkich przypadkach twardzieli, które spostrzegają.

Przechodzę teraz do własnych poczynań na terenie Wileńszczyzny, które zainicjowałem w sprawie wyjaśnienia epidemjologji twardzieli. Wogóle w Wilnie i na Wileńszczyźnie twardziel przed wojną była bardzo rzadko notowana. Ze sprawozdań lekarskich z tego okresu dowiadujemy się o jedynym przypadku twardzieli demonstrowanym przez Dra F. Świeżyńskiego na jednem z posiedzeń Wileńskiego T-wa Lekarskiego. O większej liczbie przypadków nie spotykałem wzmianek w piśmiennictwie lekarskiem, w rozmowach zaś z kolegami stale słyszałem zdanie, że twardziel na Wileńszczyźnie dotychczas była rzadko notowana. Po otwarciu w Wilnie kliniki Otolaryngologicznej, w pierwszych miesiącach jej istnienia nie spotkałem ani jednego przypadku twardzieli. Dopiero po zawiązaniu Sekcji Polskiego Twa Otolaryngologicznego pierwszy przypadek ujrzałem na posiedzeniu Sekcji, demonstrowany przez Dra S. Lewandego, Ordynatora Szpitala Św. Jakóba w Wilnie, który przedstawił go jako bardzo niejasny pod względem rozpoznawczym. Chodziło tu o kobietę trzydziestoletnią, z objawami przewlekłego suchego nieżytu nosa i ze znacznemi zgrubieniami podgłośniowej śluzówki krtani.

Po obejrzeniu dokładnem nosa i krtani chorej wypowiedziałem zdanie, że mamy tu najprawdopodobniej do czynienia z twardzielą, i prosiłem kol. Lewandego o przysłanie chorej do kliniki w celu jej dokładnego zbadania, na co ten bardzo chętnie przystał. Szczegółowe badanie chorej zarówno wydzieliny z jej nosa, jak i wyciętych kawałków wykazało, że mieliśmy istotnie tu do czynienia z twardzielą. Z nosa wyhodowano otoczkowce gramujemne, dające wszystkie reakcje właściwe otoczkowcom Frischa, w tkance zaś znaleźliśmy typowe komórki Mikulicza, ciałka Russela i komórki plazmatyczne.

Od tego czasu zwróciwszy baczną uwagę na materjał ambulatoryjny, poczęliśmy coraz częściej wyławiać przypadki twardzieli, tak że w ostatnich czasach liczba wszystkich przypadków, spostrzeganych w klinice wileńskiej w ciągu pięciolecia dosięgła liczbę 45. Widać stąd, że twardziel na Wileńszczyźnie bynajmniej, jak to było przed wojną do rzadkości nie należy. W początkach przypadki twardzieli były stosunkowo rzadkie, w roku 1928 mogłem zebrać, jak to widać z pracy mojej ogłoszonej w 1928 r. w tomie 5-ym Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego, zaledwie 15 przypadków. Od tego czasu liczba ta doszła do 41, przyczem w roku 1930 nowych przypadków twardzieli przeszło przez klinikę 13.

Załączona tablica przedstawia szczegółowo liczbę, płeć, i narodowość chorych z poszczególnych powiatów i województw.

Województwo Wileńskie.

Powiat	Liczba ogólna	Płeć Mężcz.	Kob.	Narodowość Pol.	Białor.	Żyd.
Wileńsko-Trocki	4	2	2	2	—	2
Dzisneński	6	2	4	2	3	1
Oszmiański	1	1	—	—	1	—
Mołodeczański	2	—	2	—	2	—
Razem	13	5	8	4	6	3

Województwo Nowogródzkie.

Powiat	Liczba ogólna	Płeć Mężcz.	Kob.	Narodowość Pol.	Białor.	Żyd.
Wołkowyski	1	—	1	—	—	1
Nowogródzki	2	1	1	—	2	—
Nieświeski	10	1	9	1	7	2
Lidzki	5	3	2	4	—	1
Wołożyński	2	1	1	2	—	—
Baranowski	2	1	1	—	2	—
Stołpecki	1	—	1	1	—	—
Słonimski	1	—	1	1	—	—
Razem	24	7	17	9	11	4

Województwo Białostockie.

Powiat	Liczba ogólna	Płeć Mężcz.	Kob.	Narodowość Pol.	Białor.	Żyd.
Grodzieński	1	—	1	—	1	—
Bielski	1	—	1	1	—	—
Razem	2	—	2	1	1	—

Województwo Poleskie.

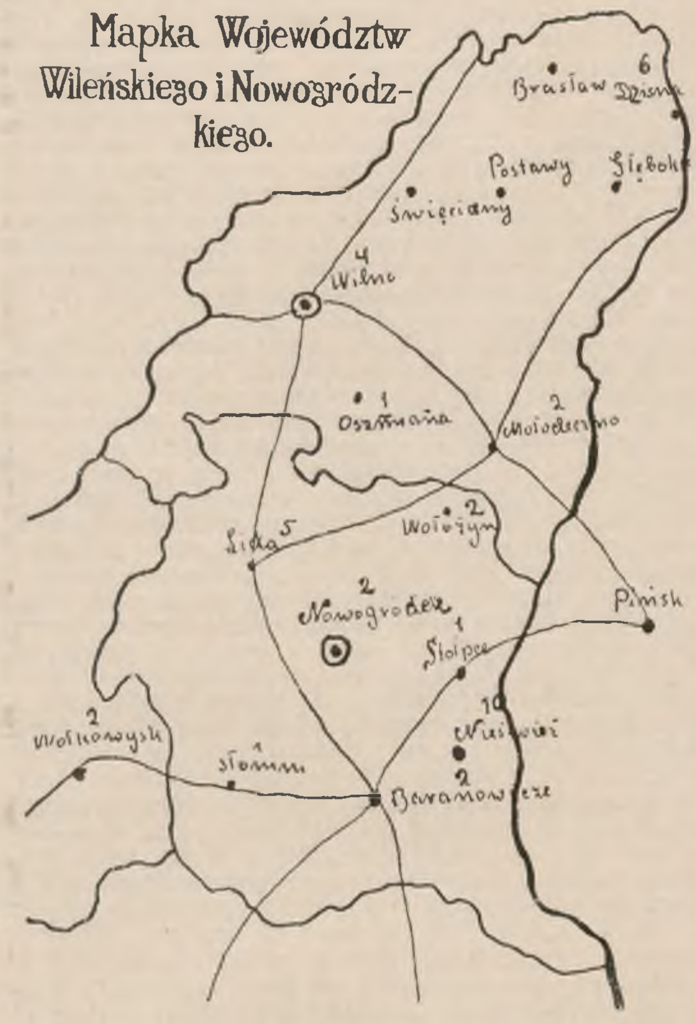
Powiat	Liczba ogólna	Płeć Mężcz.	Kob.	Narodowość Pol.	Białor.	Żyd.
Brzeski	1	—	1	—	1	—

Województwo Lubelskie.

Powiat	Liczba ogólna	Płeć Mężcz.	Kob.	Narodowość Pol.	Białor.	Żyd.
Włodanski	1	1	—	—	1	—
Razem	41	13	28	14	20	7

Z danych tych wynika, że liczba kobiet przeszło w dwójnasób przewyższa liczbę mężczyzn i że najwięcej chorych przypada na ludność białoruską (20), potem na polską (14), wreszcie najmniej na żydowską. Z miejscowości najbardziej dotkniętych twardzielą wymienić należy przedewszystkiem powiaty Nieświeski (10) i Dziśnieński (63), oba przylegające bezpośrednio do granicy sowieckiej Białorusi, gdzie, jak wykazują badania kliniki otolaryngologicznej w Mińsku, twardziel jest szeroko rozpowszechniona. Poza tem większą liczbę chorych spotykamy jeszcze w powiatach Lidzkim (5) i Wileńsko-Trockim (4).

Załączona mapka Województw Wileńskiego i Nowogródzkiego naocznie przedstawia rozmieszczenie chorych na twardziel. Zaledwie drobna liczba chorych pochodzi z województw Białostockiego i Poleskiego. Wszystko to świadczy dobitnie o tem, że twardziel na terenie Wileńszczyzny i Nowogródczyzny istnieje w znacznej liczbie, ale żeby chorych twardzielowych wynaleść, należy podjąć kroki, aby, jakem to we wspomnianym artykule pisał, cała ludność została zbadana przez doświadczonych otolaryngologów „w miejscowościach" skąd pochodzą tacy chorzy.



Chcąc urzeczywistnić ten postulat, postanowiłem wysłać do miejsc, skąd pochodzą chorzy twardzielowi, asystentów kliniki, w celu zbadania najbliższego otoczenia chorych oraz wszystkich tych, którzy z chorymi i z ich rodzinami są w najbliższem zetknięciu. Ażeby jednak móc to wykonać, należy otrzymać odpowiednią pomoc i współdziałanie ze strony administracji i wojewódzkiego oraz powiatowych urzędów zdrowia oraz posiadać środki finansowe, dające możność zaopatrzenia wysyłanych lekarzy w niezbędne przyrządy i naczynia oraz w środki pieniężne na przejazd i życie. Dla uzyskania jednego i drugiego, zwróciłem się w lipcu roku 1928 do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą o subsydjum na projektowane badania oraz o zarządzenie, ażeby władze administracyjne, wojewódzka i powiatowe świadczyły odpowiednią pomoc i współdziałanie wysłanym w okolice nawiedzione twardzielą lekarzom. Po pewnym czasie otrzymałem z Departamentu Zdrowia odpowiedź, zawiadamiającą mnie o wydaniu odpowiednich zarządzeń oraz o wyznaczeniu przez Departament na wskazany przezemnie cel 1000 zł. Suma ta w razie potrzeby miała być zwiększona.

Otrzymana jesienią powyższa przychylna odpowiedź nie pozwoliła mi wyzyskać do celów zamierzonych badań najodpowiedniejszego sezonu letniego i zmusiła do odłożenia wycieczki do okresu zimowego, kiedy komunikacja w miejscowościach dotkniętych twardzielą, ustali się. Jesienią i na wiosnę deszcze i wylewy rzek i drobnych rzeczułek czynią przejazdy tam nadzwyczaj trudnemi, a często nawet wprost niemożliwemi.

Przed przystąpieniem do badań należało ustalić plan postępowania, który ostatecznie skrystalizował się w następujący

sposób: badanie kliniczne nosa, gardła i krtani u osób z rodziny i z najbliższego otoczenia chorego, badanie bakterjologiczne wydzieliny nosowej oraz z wyciętych kawałków, jeżeli badani zezwolą na dokonanie wycięcia, wreszcie wykonanie odczynu Bordet-Gengou, jeżeli badani pozwolą na pobranie krwi.

Badanie rozpoczęliśmy w Wilnie w rodzinie chorej na twardziel Zw. Lei, lat 50, u której zarówno badanie kliniczne, jak bakterjologiczne wykryło twardziel wejścia nosowego. Dnia 17-go stycznia r. b. udałem się do niej i tam dokonałem badania jej męża, u którego klinicznie żadnych zmian twardzielowych nie stwierdziłem. Ponieważ mieszkającego z nimi syna w domu nie było, ojciec jego zgodził się przyprowadzić go do kliniki w kilka dni później. W istocie zjawili się obaj po dwóch dniach, przyczem u syna nic chorobowego w górnych drogach oddechowych ani w ustach nie znaleziono. Pobrany u ojca kawałek przerosłej małżowiny dolnej zmian swoistych w kierunku twardzieli nie wykazał, z pobranego z nosa śluzu zarówno u ojca jak i u syna wyhodowano paciorkowce i gronkowce. Badanie syna wykazało brak zmian chorobowych w nosie, poza tem syn nie zgodził się ani na pobranie krwi w celu dokonania odczynu Bordet-Gengou, ani na jakiekolwiek ścinanie gdziekolwiek kawałka tkanki. Na pobranie krwi nie zgodził sę też i jego ojciec. W tym więc przypadku należało uznać wynik badania członków rodziny chorej Zw. za niedostateczny.

Dnia 4 lutego 1930 odbyło się badanie rodziny Siem. Teofili, lat 53, u której zarówno badanie kliniczne, jak bakterjologiczne i histologiczne oraz odczyn B.-G. wykazało istnienie twardzieli. Siem. mieszka w Nowo-Wilejce w odległości 20 kilometrów od Wilna. Badania dokonali st. asystent kliniki Dr. B. Dylewski i mł. asystent Dr. I. Bielunas. Siem. mieszka ze swoją córką Weroniką, która skarży się na częste katary nosa. Badanie wykazało zgrubienie śluzówki nosa i przerost małżowin. Wzięto do badania wydzielinę z nosa; na pobranie krwi ani na ścięcie kawałka przerosłej śluzówki nosa badana się nie zgodziła. Z posiewu śluzu z nosa wyrósł ziarenkowiec nieżytowy, nieswoisty dla twardzieli. W tym razie wynik badania należało uznać za ujemny.

Wówczas wysłałem na teren powiatu Dziśnieńskiego i Oszmiańskiego Dr. J. Bielunasa dla przeprowadzenia badań w rodzinach chorych leczących się na twardziel w klinice Wileńskiej, a mianowicie: Now. Romana z powiatu Oszmiańskiego, Chod. Leokadji, Tar. Piotra i jego siostry Eufrozyny, Sł. Matli, wszystkich trojga z powiatu Dziśnieńskiego.

Badanie rodziny Now. Romana, ze wsi Wojciechowo, powiatu Oszmiańskiego składającej się z 6 osób, ojca i matki, staruszków powyżej lat 70-u, dwóch braci i żony jednego z nich, nie wykryło u nikogo swoistych zmian chorobowych. Dokonane posiewy wydzieliny nosowej wykazały wszędzie obecność paciorkowców i gronkowców, a więc florę nieswoistą dla twardzieli. Na pobranie krwi dla odczynu B.-G. badani nie zgodzili się.

Rodzina chorej na twardziel nosa i krtani Leokadji Chod., zamieszkała we wsi Pohary powiatu Dziśnieńskiego, składa się z matki chorej, jej żonatego brata, jego żony i dwojga małych dzieci. Badanie kliniczne zmian chorobowych na śluzówkach górnych dróg oddechowych nie wykazało, natomiast badanie wydzieliny nosowej wykryło u matki chorej i jej 8-letniego wnuka w posiewie otoczkowce typu *bact. lactis aërogenes*. I tu również wynik badania był ujemny.

We wsi Iwanowo p-tu Dziśnieńskiego zbadano rodzinę Tar., z której brat Piotr i siostra Eufrozyna leczyli się w klinice Wileńskiej. U obojga stwierdzono wówczas zarówno klinicznie, jak bakterjologicznie i histologicznie twardziel nosa i krtani. U Eufrozyny Tar. wykonano nawet laryngofissurę. Wywiady ustaliły przedewszystkiem, że w 2 lata po powrocie z kliniki Eufrozyna zmarła nagle w nocy. Cała rodzina składa się z trzech braci i ich żon, u wszystkich drogi oddechowe górne okazały się normalne, posiew wydzieliny nosowej nie wykrył nic chorobowego.

Rodzina Sł. Matli, leczonej i operowanej w klinice z powodu twardzieli nosa i krtani, zamieszkała w Dokszycach powiatu Dziśnieńskiego, składa się z sześciu osób, z tych u dwojga osób nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych, natomiast u czworga wraz z chorą włącznie znaleziono w nosie i w gardle suchy zanikowy nieżyt, u trojga stwierdzono w posiewach na agarze otoczkowce. Ponieważ suchy nieżyt zanikowy śluzówki nosa jest bardzo często jednym z głównych przejawów twardzieli w nosie, wobec wyniku posiewu, stwierdzającego otoczkowce u dwóch jeszcze członków rodziny oprócz chorej Matli, należy przyjąć z wielką dozą prawdopodobieństwa, że w rodzinie tej oprócz Matli jeszcze jej trzy młodsze siostry są również chore na twardziel. Być może, że nosicielką zarazy w danym przypadku mogła być matka Chana, która również cierpiała na suchy zanikowy nieżyt nosa. W tym razie możemy przyjąć, że wynik badania był dodatni i że cała rodzina Sł. jest dotknięta twardzielą.

Badania w powiecie Dziśnieńskim odbywały się w zimie, w drugiej jej połowie. Przeprowadzenie badań na terenie powiatu Nieświeskiego, skąd klinika otrzymała najwięcej chorych na twardziel, jest możliwe dopiero w okresie letnim, kiedy wszystkie drogi, przejścia powysychają i kiedy komunikacja kołowa zwłaszcza na samochodach ustala się na kilka miesięcy. Dlatego też po porozumieniu ze starostą i lekarzem urzędowym powiatu Nieświeskiego wysłałem tam w połowie czerwca roku 1930 asystenta kliniki Dra L. Berlinerblaua, który w ciągu 1928 i 1929 przeprowadzał w klinice wszystkie badania, dotyczące twardzieli.

Zbadano rodziny: Abab., spokrewnionych z nią Achr. (6 osób), Piot. (2 osoby), W. (3 osoby), Ok. (4 osoby), Kar. (5 osób), Mac (5 osób).

W rodzinie razem mieszkających Abab. i Achr. chorą na twardziel nosa i krtani, która leczyła się w klinice jest Abab. Ksenja, jej siostra starsza, żona Achr. Piotra, ma zwężony lewy przewód nosowy; oba przewody wypełnione są strupami; śluzówka sucha, zanikła, jednem słowem wybitny obraz przewlekłego suchego zanikowego nieżytu nosa, który jak wykazuje doświadczenie, jest jednym z najczęstszych objawów nosowych twardzieli. W mniejszym stopniu, ale również wyraźny obraz suchego nieżytu znajdujemy u ojca poprzednich, Abab. Stefana. Oprócz tego znaleziono u niego nacieki na przegrodzie po stronie prawej. Najstarszy z rodziny Achr., 66-letni Teodor, nie przedstawiał żadnych zmian chorobowych w drogach oddechowych. U starszego syna Achr. Piotra, w nosie stwierdzono nieznaczne nacieki, śluzówkę suchą pokrytą śluzem, języczek wciągnięty, oraz objawy suchego zanikowego nieżytu gardła. U młodszego brata, 22-letniego Pawła Achr. oba przewody nosowe zwężone w wysokim stopniu z powodu wypełniającej przedsionek tkanki bliznowatej, nacieczenie śluzówki nosa, suche strupy przylegają do przegrody i do muszel, języczek wciągnięty, śluzówka gardła sucha, pokryta śluzem. W krtani zgrubienie i nacieczenie strun fałszywych, nacieczenia i strupy pod strunami prawdziwemi, głośnia mocno zwężona. Badanie krwi wziętej u dwóch młodych Achr. i starego Abab. wykazało: u Achr. Pawła odczyn B-G bardzo wyraźnie dodatni z wybitnemi klinicznemi objawami twardzieli, u dwóch pozostałych, odczyn wypadł ujemnie. W połączonych więc dwóch rodzinach, mieszkających pod jednym dachem, istniały bezspornie dwa przypadki twardzieli, oprócz tego można mówić o wielkiem prawdopodobieństwie twardzieli u trzech innych członków rodzin, chociaż opierać się tu można tylko na danych klinicznych, gdyż odczyn B-G u niektórych wypadł ujemnie, a na pobranie kawałków tkanki chorej albo podejrzanej badani nie zgodzili się.

W rodzinie Piot. ze wsi Saska Lipka zbadano dwie siostry: Annę lat 27 i Piotr. Józefę lat 25. U pierwszej, która przed 3-a laty leczyła się w klinice stwierdzono duże nacieki twardzielowe w nosie i w gardle; badanie wydzieliny wykryło otoczkowce Frischa, u drugiej znaleziono suchy zanikowy nieżyt śluzówki nosa i gardła. Posiew wydzieliny z nosa dał wynik dodatni na otoczkowce Frischa, z gardła zaś ujemny. Krwi do badania nie dano. I tu więc możemy mówić o wyniku badań dodatnim.

Rodzina W. ze wsi Olchówka, złożona jest z trzech osób: Andrzeja, żony jego Stefanji z Dem. i siostry Antoniny. Ta ostatnia leczyła się na twardziel nosa i krtani. U Andrzeja stwierdzono zanik śluzówki nosa zwłaszcza po stronie prawej oraz obecność masy strupów. Również lekką postać nieżytu zanikowego śluzówki nosa oraz bladość śluzówek nosa i gardła wraz z niewielką ilością wydzieliny stwierdzono u jego żony Stefanji. Badanie wydzieliny u obojga dało wynik ujemny.

Rodzina Ok. ze wsi Kozły, gminy Snowskiej składa się z 4-ch osób, dwojga rodziców, syna i córki. Córka Pelagja lat 23, leczyła się w klinice z powodu twardzieli krtani; po powrocie do domu w dwa miesiące zmarła nagle w nocy bez jakichkolwiek cięższych objawów. U ojca znaleziono duży polip śluzowy wypełniający całą połowę prawą nosa, u matki udało się stwierdzić objawy suchego nieżytu zanikowego, u syna — przerostowego. Badanie wydzieliny nosowej dało wynik ujemny, na pobranie krwi badani nie zgodzili się.

Rodzina Kar. zamieszkała w tej samej wsi Kozły składa się z 5-u osób; matki staruszki 80-letniej, dorosłego syna, jego żony, córki i siostrzenicy. Córka Nadzia leczyła się w klinice z powodu twardzieli nosa i krtani. U syna Jana w okolicy choan widać zgrubienie śluzówki, jakby nacieczenie; również nieznaczne zgrubienie widać pod strunami prawdziwemi. U jego żony Jeleny śluzówka nosa jest sucha, miejscami nacieczona, suchy nieżyt zanikowy gardła stwierdzono również u 8-letniej siostrzenicy Aniuty. Badanie krwi syna Jana dało wyraźny odczyn B-G., badanie śluzu synowej Jeleny dało w posiewie z nosa i gardła wynik dodatni.

Rodzina Mac., ze wsi Zabłocie gminy Horodziej, składa się z pięciu osób, z których 18 letni syn Aleksander leczył się przed trzema laty w klinice z powodu twardzieli krtani. U wszystkich członków rodziny występują wyraźne objawy suchego zanikowego nieżytu nosa. U 19 letniej Walentyny stwierdzono miejscami nacieczenie śluzówki nosa, oraz zgrubienie strun fałszywych. Badanie wydzieliny nosa na otoczkowce Frischa dało u wszystkich wynik ujemny, natomiast badanie krwi u matki Walentyny i syna Juljana na odczyn B-G dało wynik dodatni, chociaż po 24 godzinach osłabł on znacznie.

Wreszcie w klinice zbadano dwie siostry: Oz. i Roz. z Klecka z wyraźnemi zmianami twardzielowemi w krtani, które u Roz. wywołały nawet objawy zwężenia. U obu sióstr wycięte kawałki wykazały wybitne zmiany twardzielowe w stadjum wczesnem, również dodatni wynik dało badanie wydzieliny z nosa na otoczkowce Frischa i krwi na odczyn B-G.

* * *

W ten sposób zbadaliśmy 13 rodzin, a w nich 54 osoby. Wynik badań był następujący: W czterech rodzinach (Tar., Abab., Kar., Oz.), conajmniej po dwie osoby jednocześnie dotknięte były twardzielą. W pięciu rodzinach (Chod., Mat., Piot., W., Ok., Mac.) z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć należy jednoczesne cierpienie u kilku członków rodziny. Wreszcie w 4-ch rodzinach nie mamy prawa przypuszczać cierpienia u innych osób, a więc bezpośredniego zarażenia twardzielą od chorego członka rodziny. *W ten sposób udało nam się stwierdzić w większej liczbie rodzin, że twardziel przenosi się z jednej osoby na drugą przy bliższem zetknięciu.* Przeważnie widzimy jednocześnie chorych: brata i siostrę albo dwie siostry. W rodzinach Kar. i Achr. spotykamy jednocześnie chorego męża i żonę.

Dalej należy zaznaczyć niebezpieczeństwo twardzieli krtani. Na 41 osób dotkniętych twardzielą 3 zmarły prawie nagle, najpewniej wskutek zwyrodnienia mięśnia sercowego, spowodowanego długotrwałem zwężeniem krtani.

Takie są wyniki przedsięwziętej przeze mnie próby badania chorych na twardziel w ich domach i w ich rodzinach, — badań rozszerzonych jednocześnie na całe ich rodziny, a nawet na rodziny spowinowacone i spokrewnione. Wyniki uważam za bardzo zachęcające do dalszych badań; należałoby tylko, aby prowadzący badania mieli prawo dokonywać wszystkich niezbędnych badań, a więc badania krwi według metody B-G., a w razie potrzeby nawet wycinania kawałków tkanki podejrzanej na twardziel. Dotychczas wszystko zależało od dobrej woli tych, co byli badani. Wskutek tego w wielu razach trzeba się było ograniczać tylko do pobrania wydzieliny z nosa, a i temu nawet sprzeciwiali się niektórzy badani.

Z wywiadów, poczynionych w klinice, wiemy, że większość chorych na twardziel, są to ludzie biedni, przeważnie z rodzin włościańskich, małorolni, nie mający środków na leczenie. Wielu z nich zdaje sobie dokładnie sprawę z niebezpieczeństwa, jakie im zagraża, jeżeli leczyć się nie będą; z drugiej znowu strony wiedząc, że cierpienie ich wymaga dłuższego nieraz kilkumiesięcznego leczenia, muszą wybierać między poprawą zdrowia, a ruiną majątkową. Nic dziwnego, że w większości przypadków nie chcą się leczyć i szerzą zarazę wśród otoczenia. Dlatego niezbędnem jest, ażeby koszty leczenia chorych twardzielowych przejęło państwo. Wtedy tylko można być pewnym, że sprawa walki z twardzielą wejdzie na właściwe tory. Leczenie należy rozpoczynać wcześnie, kiedy występują pierwsze objawy twardzieli w nosie, w postaci niewielkich nacieków i suchego zanikowego nieżytu nosa, gdyż wtedy tylko możemy liczyć na pomyślny wynik leczenia. Tam gdzie mamy nacieki duże, stare, gdzie nastąpiło zwyrodnienie hyalinowe tkanki, tam na pomyślny wynik liczyć trudno. Dlatego też szczególnej wagi nabiera wyszukiwanie wczesnych postaci twardzieli i ich leczenie. Z metod leczniczych wysuwają się na pierwszy plan: leczenie promieniami X i leczenie swoistemi szczepionkami. W jednym przypadku świeżego nacieczenia podstrunowego u młodej panny widziałem po naświetlaniu promieniami Roentgena zupełne wessanie się nacieczenia, które po roku pozostało bez zmiany. Również w świeżych dwóch przypadkach zastrzykiwanie surowic swoistych i wprowadzanie do nosa tamponów, nasyconych szczepionką, dało bardzo wyraźną poprawę. Natomiast zastrzykiwanie domięśniowe preparatów bizmutu, jak to podaje S z u m o w s k i, stosowane w 14 przypadkach pozostało bez wpływu na stan chorych. W każdym razie zagadnienie leczenia twardzieli wymaga dalszych badań i doświadczeń.

———————

Docent Dr. Józef SZYMANOWICZ. Kraków.

Operacyjne leczenie w przypadku zarośnięcia jamy macicy.

Z Kliniki Ginekologiczno-Położniczej U. J.

Jest rzeczą dostatecznie wiadomą, że stały brak miesiączki u młodej kobiety w następstwie jakichkolwiek zmian w organizmie, odczuwany jest przez nią niejednokrotnie jako kalectwo. Chore takie poświęciłyby bardzo wiele, by odzyskać zewnętrzny wyraz czynności jajników, a tem bardziej w tych przypadkach, gdzie rozchodzi się o uzyskanie płodności.

Jedną z przyczyn braku miesiączki u młodej kobiety bywa doszczętne i wczesne wyskrobanie błony śluzowej macicy w okresach połogowych i po poronieniach. W przypadkach takich zanika jama macicy częściowo, lub w całości i chore te bez objawów przekwitania przestają miesiączkować. Leczenie wówczas powinno iść w kierunku otwarcia częściowo zanikłej jamy macicy i niedopuszczenia do powtórnego jej zlepienia się, ewentualnie zarośnięcia. Udać się to może jedynie tam, gdzie światło jest częściowo zachowane. Uskutecznić można to stosunkowo w prosty, lecz dużo cierpliwości wymagający sposób, polegający na otworzeniu zarosłego miejsca na tępo zgłębnikiem, lub na ostro i długotrwałem niejednokrotnie sączkowaniu. Kiedy jednak przyszło już do zupełnego zaniku jamy macicy, lub tylko nieznaczna powierzchnia błony śluzowej pozostała nienaruszoną, to w tych przypadkach przywrócenie czy wytworzenie drożności tym sposobem nie udaje się, a trzeba uciec się do jakiegoś innego sposobu przywrócenia czynności błony śluzowej macicy.

Przychodzą nam tutaj w pomoc spostrzeżenia i doświadczenia kliniczne i laboratoryjne, które stwierdzają, że błona śluzowa jajowodów może miesiączkować i napewno miesiączkuje tam, gdzie czynność jajnika jest zachowana, jedynie brak błony śluzowej macicy nie pozwala na jej miesiączkowe przemiany.

Spostrzeżenia, które mogę przytoczyć z własnego doświadczenia dają niezbitą pewność, że osoby pozbawione macicy (trzonu) miesiączkowały, a to w ten sposób, że jajowód, który przypadkowo wypadł przez pochwę, po wyjęciu macicy, miesiączkował prawidłowo co 4 tygodnie przez kilka lat.

Biorąc pod uwagę te zjawiska życiowe, przyszło na myśl S t r a s s m a n n o w i czyby nie można brakującej względnie zanikłej częściowo lub w całości jamy macicy zastąpić czynną błoną śluzową jajowodu.

Po odpowiednich studjach topograficznych wykonał S t r a s s m a n n (Zentralbl. f. Gyn. 1930, Nr. 42) zabieg, który polegał na wszczepieniu jajowodu do trzonu macicy. S t r a s s m a n n wykonał zabieg ten przez pochwę w przedniej ścianie macicy, przyczem osiągnął doskonały wynik, bo kobieta odzyskała prawidłową miesiączkę.

Niezależnie od S t r a s s m a n n a zaproponował Z u b r z y c k i podobne wszczepienie jajowodu w przypadku zaniku światła szyjki i wykonał ten zabieg przez brzuch i od tylnej ściany szyjki.

Zachęcony operacją S t r a s s m a n n a postanowiłem zabieg ten wykonać w nadającym się do tego przypadku.

Na sposobność nie trzeba było długo czekać: do kliniki gin.-położniczej U. J. zgłosiła się kobieta lat 36, która w marcu 1929 odbyła prawidłowy poród. Po 3 tygodniach wystąpiło u niej krwawienie z części rodnych, z czem zgłosiła się do szpitala na prowincji, gdzie wykonano skrobanie. Zabieg był tak doszczętny, że nietylko krwawienie ustało, lecz także przez 2 następne lata nie pojawiła się miesiączka.

Poważniejszych dolegliwości nie miała żadnych, oprócz nieznacznych bólów występujących raz w miesiącu. Psychicznie natomiast czuła się źle do tego stopnia, że myślała nawet o samobójstwie.

Po należytem zbadaniu i kilkakrotnem bezowocnem usiłowaniu przeprowadzenia zgłębnika do jamy macicy, przyszliśmy do przekonania, że chodzi tu o zupełne zarośnięcie jamy macicy. Szyjka aż do ujścia wewnętrznego była drożna.

Wobec tego rozpoznania leczenie mogło być tylko operacyjne i polegać na zastosowaniu sposobu, opisanego przez S t r a s s m a n n a. Przedstawiliśmy chorej cały stan i zaproponowaliśmy operację, nie tając, że będzie ona ciężką, i że nie daje całkowitej pewności powrotu miesiączki. W każdym razie zaznaczyliśmy, że jest to w tym wypadku jedyny sposób leczenia, który może dać dobry wynik. Chora zgodziła się bez wahania na naszą propozycję.

Przystąpiliśmy więc do zabiegu, jednak nie przez pochwę, lecz przez powłoki brzuszne, a to z tego powodu, że spodziewaliśmy się znaleść tą drogą daleko łatwiejszy dostęp do pola ope-

racyjnego i jajowodów, co zresztą i Strassmann w niektórych przypadkach zaleca.

Zabieg operacyjny przedstawiał się w następujący sposób: jamę brzuszną otwarto cięciem w linji środkowej ciała, około 10 cm długiem między spojeniem łonowem a pępkiem. Wewnętrzne organa płciowe znaleziono bez zmian: macica wolna, zupełnie ruchoma, w przodozgięciu, przodopochyleniu, przydatki prawidłowe, w jajniku lewym ciałko żółte.

Na przedniej ścianie macicy wykonano cięcie podłużne od trzonu aż do ujścia wewnętrznego tak głębokie, aby mogło dojść do dawnej jamy macicy, przyczem stwierdzono, że jama macicy jest zupełnie zarośnięta i nie daje się odkryć. Oprócz tego zrobiono drugie pomocnicze cięcie poprzeczne, w trzonie macicy łączące oba ujścia maciczne jajowodów, przez co otrzymano cięcie w kształcie litery „T". Krwawienie, które po nacięciu macicy w powyższy sposób było dość obfite, opanowano przez podwiązanie kilku naczyń.

Przymaciczny koniec jajowodu prawego odcięto od rogu macicy, przyczem uważano na utrzymanie głównych naczyń krwionośnych. Uwolniony w ten sposób jajowód podciągnięto ku ranie macicy i w niej umieszczono, przyczem muszę zaznaczyć, że krezka jajowodu z łatwością dała się naciągnąć bez obawy jej uszkodzenia.

Możliwem jest, że cięcie na tylnej ścianie macicy i wszczepienie jajowodu od tyłu, jak to radzi Zubrzycki przy plastyce szyjki byłoby łatwiejsze w specjalnie do tego wybranych przypadkach, t. j. przy zaniku światła szyjki.

Wprowadzone poprzednio przez pochwę do szyjki kleszczyki, uchwyciły w okolicy ujścia wewnętrznego domaciczny koniec jajowodu opatrzony dwoma nitkami katgutowemi i wyciągnęły go aż do ujścia zewnętrznego. Ponad jajowodem umieszczonym w nowej jamie macicy założono szwy katgutowe pojedyncze zarówno na cięcie podłużne jak też na cięcie poprzeczne, w którem pomieszczono brzuszny koniec jajowodu. Jajnik uległ przytem nieznacznemu przemieszczeniu. Jamę brzuszną zaszyto w typowy sposób na głucho.

Po zabiegu operacyjnym, który wykonano w uśpieniu eterowem, chora czuła się zupełnie dobrze. Okres pooperacyjny przebiegał z podniesieniami ciepłoty do 39,2°, co przypisać należy stwierdzonemu zapaleniu gardła i nieżytowi oskrzeli. Nieznaczne krwawienie z części rodnych utrzymywało się przez 5 dni, poczem ustąpiło brudno ropiastym odchodom.

Chora opuściła łóżko w dniu 17 od zabiegu, (szwy wyjęto z rany zagojonej przez rychłozrost w dniu 13). Po trzech tygodniach od zabiegu wykonano badanie wnętrza macicy zgłębnikiem, przyczem stwierdzono, że drożność szyjki i ujścia wewnętrznego jest zachowana a zgłębnik udaje się wprowadzić na wysokość $7^1/_2$ cm.

Po tem sprawdzeniu, chora, która żadnych nawet najmniejszych dolegliwości ze strony jamy brzusznej ani narządów rodnych nie podawała, opuściła w dniu 29 od zabiegu klinikę z poleceniem, aby zjawiła się w razie mogącego wystąpić wkrótce krwawienia.

W trzy tygodnie po wyjściu z kliniki przybyła operowana niezwykle uradowana z wiadomością, że właśnie ukończyła 4-dniowe krwawienie zupełnie bezbolesne, odpowiadające prawidłowej miesiączce.

Po 4 tygodniach zgłosiła się ponownie z tem, że zjawiła się typowa 4-dniowa miesiączka. (Demonstracja w Krak. Tow. Lek.).

Psychiczny stan chorej, przedtem niezwykle przygnębionej i samobójczą myślą owładniętej, zmienił się nie do poznania.

Wobec tego widocznego i niezaprzeczonego wyniku dodatniego operacji, połączonego z zupełnie prawidłowem występowaniem miesiączki po wszczepieniu jajowodu do macicy, przyjąć należy bez zastrzeżeń, że błona śluzowa jajowodu jest zdolna do miesiączkowania, co cały szereg autorów bezspornie udowodnił. Sam osobiście nie wątpiłem w zdolność miesiączkowania błony śluzowej jajowodu od czasu, kiedy miałem sposobność stwierdzić typową miesiączkę z jajowodu u kobiety, której wyjęto macicę a pozostawiono jajnik z jajowodem. Ujście jajowodu otwarte było do pochwy i regularnie co 4 tygodnie krwawiło.

Kiedy z powodu zamknięcia się tego ujścia przyszło do wytworzenia torbieli jajowodowej i musiano jajowód ten usunąć, krwawienie ustało a chora dostała typowych objawów przekwitania.

Czy, przyjąwszy istnienie tej zdolności u jajowodu powinno się wykonywać ciężki stosunkowo zabieg jakim jest operacja Strassmanna dla zaspokojenia tylko kaprysu chorej?

Jeżeli weźmiemy pod uwagę stany psychiczne u chorych, które podobnie jak nasza chora, straciły miesiączkę w młodym wieku, co nie jest rzeczą rzadką, to sądzę, że po należytem objaśnieniu chorej o niebezpieczeństwie jakie połączone jest z zabiegiem, powinno się w podobnych przypadkach śpieszyć z pomocą operacyjną.

Robimy przecież niejednokrotnie operacje, w których skuteczność sami nie bardzo wierzymy (jak wszczepienie jajnika do macicy, salpingostomja) dla uzyskania płodności kobiety, dlaczegóżbyśmy nie mieli zastosować zabiegu tam, gdzie wynik jest prawie pewny, a przyczynić się może do ratowania nawet życia chorej, (samobójcze myśli naszej pacjentki).

Mam wrażenie, że operacja ta może, nietylko przywrócić miesiączkę kobiecie, która ją straciła z powodu zaniku jamy macicy, ale i przy nieznacznej zmianie i uzupełnieniu samego sposobu operacyjnego mogłoby dojść do zapłodnienia w sztucznej jamie wysłanej błoną śluzową jajowodu, a teoretycznie biorąc nawet do rozwoju jaja i donoszenia ciąży.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. A. S. TENENBAUM i Dr. A. HERTZ. Łódź.

Przypadek niedokrwistości złośliwej, leczony z dobrym wynikiem Ventraemonem.

Przyczynek do klasyfikacji i leczenia niedokrwistości złośliwej.

Z oddziału wewnętrznego Szp. fund. małż. Poznańskich w Łodzi.
Kierownik: Dr. med. Sew. Sterling.

Znakomity wynik leczniczy osiągnięty w naszym przypadku, zarówno jak podana w piśmiennictwie niewielka ilość dotąd ogłoszonych podobnych przypadków, upoważnia nas do opublikowania następującego spostrzeżenia.

Chory S. M., lat 48, fabrykant, przybył do szpitala dnia 6. XI. 1930 r. ze skargami na ogólne osłabienie, czyniące go niezdolnym do pracy, brak łaknienia, bóle i zawroty głowy oraz znaczne wychudzenie. Żonaty, troje zdrowych dzieci. Żona raz jeden roniła. Wywiady rodzinne i osobnicze bez znaczenia. Fakt zakażenia kiłowego zaprzecza. Początek obecnej choroby datuje od pięciu tygodni. Podobne dolegliwości w słabszym stopniu miał przed dwoma laty, lecz po kuracji wątrobą i arszenikiem w ciągu trzech miesięcy — czuł się zdolnym do pracy aż do obecnego czasu.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, odżywienia podupadłego. Widoczne błony śluzowe wybitnie blade, skóra również bardzo blada z odcieniem żółtaczkowym. Język blady, brodawki w nieznacznym zaniku. Gardziel i krtań bez zmian. Źrenice równe, okrągłe, dobrze reagują na światło, zbieżność i przystosowanie. Dno oka bez zmian. Ciepłota prawidłowa. Płuca bez zmian chorobowych. 18 oddechów na 1 min. Serce o rozmiarach prawidłowych. Osłuchowo szmer skurczowy nad tętnicą płucną i nad koniuszkiem. Tętno 88 na 1', miarowe, średnio napięte i średnio wypełnione. Pp (Hg) 100—60. Wrażliwość mostka i kości długich na opukiwanie. Brzuch: wątroba powiększona, w l. sutkowej prawej wystaje z pod łuku żebrowego o 1 palec, twarda, gładka, niebolesna, nietkliwa o brzegu zaokrąglonym.. Śledziona macalna, występuje z pod lew. łuku żebrowego o 1 palec, twarda, niebolesna, gładka. Układ nerwowy nie wykazuje odchyleń od normy. Mocz: Poza zwiększeniem urobilinogenu nie zawiera nic nieprawidłowego.

OB był 45' (przy przybyciu) i 150' przy wypisaniu. Odczyn van d. Bergha 10. XII. 30 bezpośredni — ujemny, pośredni — słabo dodatni; 9. II. 31: bezpośredni i pośredni — ujemny. Oporność krwinek czerwonych 0.46 Na Cl (norma). Wa (2 antyg.) ++++; Mein. ++++; po prowokacji (0,15 Neosalv.) Wa (2 antyg.) ++++; Mein. ++++. Przy wypisaniu Wa nie uległ zmianie.

Treść żołądkowa: ogólna kwasota 12, kw. solny wolny 0, osad — ziarnka skrobi. Kał. Brak jaj i członów pasorzytów. Brak tłuszczów i krwi utajonej.

Kapilaroskopja: (6 dni przed opuszczeniem szpitala), nie wykazuje charakterystycznych dla niedokrwistości złośliwej zmian w naczyniach włoskowatych (podług Müllera).

Na zasadzie powyższych badań należy uważać spostrzegany przypadek za przypadek niedokrwistości złośliwej.

Leczenie ze względu na obecność dodatniego Wa rozpoczęto od wlewań neosalutanu à 0,3 na dawkę. Chory reagował silnem podniesieniem ciepłoty, bólami w stawach, wobec czego przez cały czas leczenia nie podnoszono dawki. Ogółem podano 3 g neosalutanu.

Nie uważając za udowodnione odosobnione poglądy Fr. Müllera, a zwłaszcza Naegelego o związku przyczynowym kiły i niedokrwistości złośliwej, nie pozostano na swoistem tylko leczeniu (Naegeli 1) bowiem widział w jednym tylko przypadku rzekomo zupełną poprawę po leczeniu swoistem).

Morfologiczne badanie krwi

Data	Cz. ciałek	Wskaźnik hemogl.	Indeks			
29/XI (przed szpit.)	1,400.000	30%	1.0	anizocytoza pojkilocytoza polichrom.	Ciałka o ziarnistości zasadowej obecne	Normoblasty Megalocyty Megałoblasty
10/XII (w szpitalu)	1,540.000	35%	1.3	dtto		1 normoblast na 200 cz. c. 12% retikulocytów
6/I	1,740.000	49%		dtto, makro i mikrocyty		6% retikulocytów
9/II	4,080.000	78%	0.97	Obraz czerwonych ciałek normalny		

Hemogram według Schillinga:

Data	Białych	Leukocyt.	Eozyn.	Myelocytów	Młod.	Pałeczk.	Dojrzał.	Limfoc.	Monocyt.
29/XI	3500	80%	1%	—	2%	4%	73%	20%	-
10/XII	5200	69,52%	4,5%	0,5% Premyeloc. 0,5%	0,5%	2%	66%	24%	2%
6/I	5000	58%	9%	1%	—	3%	54%	30%	3%
9/II	4700	54%	14,5%	0	0	1,5%	52 %	28,5%	3%

Morawitz, który w swojej klasyfikacji podał lues, jako podgrupę niedokrwistości hemolitycznej, oświadcza jednakże w r. 1930 (2), że na znaczną ilość chorych z N. Zł. i dodatnim Wa, nie widział w żadnym przypadku dodatniego wpływu leczenia swoistego.

Klein 3), Winterfeld, Schilling, Varga i inni wspominają o dodatnim Wa przy niedokrwistości złośliwej, nie przypisując mu jednak żadnej wagi, co zdaniem naszem, jest uzasadnione, jeżeli wziąć pod uwagę z jednej strony dużą ilość chorych kiłowych (około 8% chorych szpitalnych), nie wykazujących objawów N. Zł., a z drugiej — chorych z N. Zł. i dodatnim Wa, pozostającym bez wpływu na powstanie choroby. W naszym przypadku, pomimo przeprowadzenia swoistej kuracji Wa pozostał dodatni.

Poza podaniem neosalutanu przystąpiono do leczenia chorego preparatami żołądka *Ventraemonem* (Organon N. V. Oss.).

Zachęciły nas do tego dane z piśmiennictwa ostatniego czasu o: 1) nawrotach N. Zł., o 2) przypadkach opornych na leczenie wątrobą i jej przetworami, jako też 3) doniesienia o zachęcających wynikach leczniczych zapomocą sproszkowanego żołądka.

Przypadek nasz uważać musimy za nawrót choroby, a w tych razach wątroba i jej przetwory działają gorzej niż podczas pierwszego stosowania.

Varga 11) widzi przyczynę powstawania nawrotów w samowolnem przerwaniu stosowania wątroby, względnie jej przetworów. Spostrzegał on również, że przy leczeniu wątrobą nawrotów, ilość hemoglobiny i ilość ciałek czerwonych nie wzrasta tak szybko, jak podczas pierwszego leczenia. Najprawdopodobniej albo krwinki czerwone tak są uszkodzone, że nie są już zdolne do szybszego odradzania się, lub też szpik kostny utracił zdolność regeneracyjną naskutek ciągłych nawrotów i zbliżył się do typu aplastycznego.

Zagadnienie nawrotów i oporności na działanie wątroby i jej przetworów przy N. Zł. nie jest dostatecznie wyświetlone. Schulten 4) uważa za oporne te przypadki, które nie poprawiają się po podawaniu w ciągu 7 do 14 dni po 500 g świeżej wątroby dziennie. Oporne przypadki spostrzegali też Naegeli, Gloor i inni.

Murphy i Brugsch 12) są wręcz przeciwnych poglądów. Uważają oni na zasadzie długoletnich spostrzeżeń, że niema zupełnie opornych przypadków. Wśród 41 spostrzeganych systematycznie przez nich w ciągu 5 lat nie widzieli ani razu nawrotu, ani opornego na wątrobę przypadku. Na 7 przypadków niedostatecznie leczonych widzieli nawroty 3 razy. Tylko nieodpowiednia i niedostateczna technika leczenia, według tych autorów, jest przyczyną wystąpienia nawrotów. Tego samego zdania są Morawitz i Lenhartz 10).

Dalszą przyczyną oporności na leczenie ma być niejednakowa wartość i stałość preparatów wątroby. Murphy, Brugsch i Schilling uważają, że przyczyną niepowodzeń w leczeniu watrobą było stosowanie przetworów, a nie samej wątroby. Przeciwnego zdania jest Wolf 4). Twierdzi on, że stosując najróżnorodniejsze przetwory wątroby, łatwiej mógł osiągnąć dobre wyniki, niż przy leczeniu samą wątrobą. Chorzy bowiem często wzbraniali się przyjmowania samej wątroby, a tę — zgodnie z badaniami amerykańskich autorów — dla osiągnięcia dodatniego wyniku, trzeba niejednokrotnie podać w kolosalnej ilości (1000—1200 g).

Wychodząc z powyższych założeń, za przykładem autorów amerykańskich i niemieckich (Dedastello 5), Leschke 6), Gutzeit 14), Meulengrecht i Hecht 15), Rosenow 16)) przystąpiliśmy do leczenia sproszkowanym świńskim żołądkiem. Wszyscy wymienieni autorzy opierają się na podstawowych badaniach Castle'a.

Jeżeli zapomocą sondy wydostaje się z żołądka zdrowego człowieka siekane mięso, przebywające tam przez 1 godzinę i częściowo strawione — wprowadza się je do żołądka chorego na N. Zł., to wystąpi „przełom retikulocytarny" oraz wzrost hemoglobiny i czerwonych ciałek.

To samo wystąpi, jeżeli zamiast częściowo strawionego w żołądku zdrowego człowieka mięsa siekanego, wprowadzimy do żołądka chorego z N. Zł. mięso, poddane działaniu prawidłowego soku żołądkowego w cieplarce w ciągu 2 godzin.

Stąd Castle przychodzi do wniosku, że żołądek zdrowego człowieka zawiera prócz HCl i pepsyny jeszcze jakąś nieznaną substancję, która wyzwala z tkanki mięsnej czynnik, wpływający skutecznie na N. Zł.

Żołądek chorego na N. Zł., który zawsze wykazuje bezsok, nie może wytwarzać tego czynnika (enzymu) i tem się tłumaczy częste powstawanie niedokrwistości u chorych z bezsokiem żołądka (Grawitz, Morawitz) jako też w przypadkach po resekcji dużych części żołądka, gdzie w pewien czas po operacji spostrzega się N. Zł. (Scheidel 7), Berger 8)).

Czy bezsok żołądkowy (Knud, Faber, Grawitz, Morawitz), czy też zaburzenia czynności narządu trawienia, na skutek zmienionej flory bakteryjnej (Seydelhelm), powstałej przez usadowienie się pałeczki okrężnicy w górnych odcinkach jelit i czy — wreszcie — toksyny powstałe w jelitach naskutek nieprawidłowej przemiany materji, lub zmienionej przepuszczalności ściany jelita — mogą być uważane za przyczyny sprzyjające powstaniu N. Zł., jest rzeczą dotychczas niewyjaśnioną.

Prace Castle'a wyjaśniają do pewnego stopnia łączność zmian w narządach trawienia z patogenezą N. Zł. O ile dotychczas nie jest znanem na czem polega działanie wątroby, to działanie żołądka np. Castle objaśnia tem, że substancje wpływające dodatnio na przebieg N. Zł., istnieją nietylko w żołądku, lecz w wątrobie (temu tylko Castle przypisuje dodatni wpływ wątroby na N. Zł.) i nerkach, ale powstają one pierwotnie w żołądku, później zaś zostają zmagazynowane w wątrobie i częściowo w nerkach. Decastello upatruje w żołądku z jednej strony znakomite *stomachicum*, które szybko poprawia zaburzenie żo-

łądkowe i wpływa dodatnio na łaknienie, a z drugiej prowadzi do szybkiego wzrostu ciałek czerwonych.

Opierając się więc na poglądach Castle'a, Sturgis, Izaak i Sharp pierwsi wprowadzili do leczenia N. Zł. sproszkowany, wysuszony żołądek świński. Za nimi szereg amerykańskich i europejskich autorów opisuje świetne wyniki leczenia N. Zł. żołądkiem. Autorzy nie widzieli żadnego opornego przypadku. Leschke6) zaś otrzymywał dobre wyniki przy stosowaniu żołądka w przypadkach opornych na działanie wątroby.

W naszym przypadku stosowaliśmy *Ventraemon* (Organon N. V. Oss). Chory otrzymywał 3 razy dziennie po 5 g *Ventraemonu* w ciągu 4 tygodni. Poprawę zauważyliśmy już na początku drugiego tygodnia leczenia. Stan chorego coraz bardziej się poprawiał w miarę dalszego podawania *Ventraemonu*. Przybyło mu 6 kg. Parcie krwi wzrosło do $\frac{130}{80}$ Hematologicznie i klinicznie mógł być uważany (chwilowo) za wyleczonego.

Epikryza:

Chory z ciężkim nawrotem N. Zł. z dodatnim Wa po 4 tygodniowem stosowaniu preparatu żołądka osiągnął znakomitą poprawę, świetne samopoczucie i zupełną zdolność do wykonywania swego zawodu.

Piśmiennictwo:

1) Cytowano podług Morawitza i Denecke „Blut und Blutkrankheiten", z podręcznika „Mohr i Staechelin" 1926. Tom IV. Etr. 115. — 2) P. Morawitz: Münch. Med. Woch. N. 14. Str. 597. 1930. — 3) S. Klein: Niedokrwistość złośliwa. Warszawa 1928 r. — 4) K. Wolff: Mediz. Klin. N. 21. 1930, Str. 761. — 5) A. Decastello: Medizin. Klin. N. 39. 1930. Str. 1438. — 6) Leschke: Mediz. Klin. Nr. 39, 1930. Str. 1439. — 7) H. Scheidel: Mediz. Klin. N. 14, 1930. Str. 243. — 8) L. Berger: Mediz. Klin. N. 5, 1931. Str. 169. — 9) Schulten: Münch. Mediz. Woch. Nr. 2, 1930. Str. 59. — 10) H. Lenhartz: Münch. Med. Woch. N. 16, 1931. Str. 669 — 11) L. Varga: Münch. Med. Woch. Nr. 33, 1930. Str. 1400. — 12) P. Murphy i H. Brugsch: Münch. Medizin. Woch. N. 36, 1930 r. Str. 1517. — 13) Felix K.: Münch. Mediz. Woch. N. 45. 1930. Str. 1919. — 14) K. Gutzeit: N. 38, 1930. Str. 1625. — 15) Meulengrecht und A. Hecht-Johansen: Klin. Woch. N. 25. 1930, Str. 1162. — 16) Rosenow: Klin. Woch. N. 14, 1930. Str. 652.

Dr. W. LEWIŃSKI, st. asystent. Lwów.

Z Kazuistyki Instytutu Anatomii patologicznej U. J. K.:

Prosówka rakowa płuc w przypadku raka żołądka u dwudziestoletniego osobnika.

Poglądy, dotyczące istnienia odrębnych właściwości raka w wieku młodym, nie są ustalone; podczas gdy np. większość skłania się do przyjęcia, iż rak w wieku młodym jest bardziej złośliwy (Philipp), inni, opierając się na danych statystycznych, uważają to za zupełnie nieustalone (Quensel). Statystyki wielkich szpitali i Instytutów anatomo-patologicznych (Lubarsch, Nowicki, Schmorl) wykazują, iż w stosunku do częstości, z jaką rak występuje w wieku starszym — w wieku młodym jest on niewątpliwie sprawą rzadką, wynosi ona zaledwie ułamki procenta ogólnej ilości stwierdzanych raków: stąd ilość przypadków, dokładnie przebadanych i opisanych, jest stosunkowo niewielka i nie daje podstaw do wysnuwania wniosków ogólnych.

Względy powyższe skłoniły mnie do ogłoszenia przypadku raka żołądka u 20-letniego chłopca, sekcjonowanego w tutejszym Instytucie; przypadek zasługuje na uwagę nietylko ze względu na młody wiek osobnika, ale także ze względu na pewne właściwości anatomiczne, dotyczące zachowania się nowotworu i zmian stąd powstałych, które w toku sekcji mogły początkowo powodować fałszywe rozpoznanie.

Wyciąg z historji choroby, łaskawie mi użyczony przez Oddział wewnętrzny I-szy tutejszego Szpitala powszechnego: L. p. 1160/30.:

Chory Sk. W. lat 20, uczeń gimnazjalny przyjęty na oddział 2. XII. 1930. Wywiady, dotyczące rodziny i dzieciństwa, bez znaczenia. Choroba obecna rozpoczęła się przed 7 tygodniami bólami w lewem podżebrzu, promieniującemi ku stronie prawej klatki piersiowej, występującemi natychmiast po jedzeniu i trwającemi od ½ do 3-ch godz. Po tygodniu zjawiły się bóle i kłucie w prawem podżebrzu z promieniowaniem ku górze. W następnym tygodniu wystąpiła żółtaczka, stale zwiększająca się, mocz piwny, obfite moczenie, biały, gliniasty, zaparty stolec. Mierne swędzenie skóry, apetyt upośledzony i od początku wymioty, coraz częściej występujące natychmiast po jedzeniu. Odbijanie kwaśne, kwaśny smak w ustach, zgaga, nudności. Ostatnio bóle coraz silniejsze oraz suchy kaszel. Nie gorączkuje.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, wątłej budowy, miernie odżywiony. Skóra silnie żółtaczkowo zabarwiona. W zakresie głowy i twarzy nic godnego uwagi. Szyja szeroka, gruba, po stronie lewej macalny twardy opór o powierzchni nierównej, ze skórą i otoczeniem niezrośnięty, sięgający od wysokości kąta żuchwy, a gubiący się pod obojczykiem, niebolesny. Klatka piersiowa jest asteniczna, na dotyk tkliwa w okolicy mostka. Mostek jest bolesny przy dotyku od wysokości sutka wdół. Odgłos opukowy nad szczytem prawym jest skrócony, nad lewym stłumiony. Ruchomość dolnych granic jest dobra. Przysłuchem po stronie lewej stwierdza się szmer oddechowy zaostrzony. Serce bez zmian szczególnych. Górna część brzucha jest tkliwa na dotyk i bolesna. Wątroba i śledziona są powiększone. Po kilku dniach stwierdzono niewielką ilość płynu w jamie brzusznej, a następnie powiększenie gruczołów szyjnych.

Badanie moczu: wykazało ślad białka, bilirubinę, zwiększenie urobilinogenu i urobiliny. W osadzie nic godnego uwagi.

Badanie krwi: ciał. czerw. 6,500.000; ciał. biał. 8000; Hb. 90; Ind. 0,7, Schilling: segment. 75%; monoc. 4%; pałeczk. 9%; limfoc. 11%; młod. 2%; eozyn. 1%.

Badanie rentgen. Wnęki gęste wykazują powiększone gruczoły; śródpiersie jest wolne. Żołądek wąski, nieregularny, w postaci rogu przebiega wysoko nad *canalis egestorius*.

26. XII. — *exitus*. Zwłoki dostarczono do instytutu z rozpoznaniem: *Neoplasma malignum ventriculi. Metastases hepatis (et pancreatis?) et glandularum colli. Icterus mechanicus.*

Sekcję wykonałem w 10 godzin po śmierci.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego L. 1093/30. Zwłoki młodzieńca średniego wzrostu, prawidłowej budowy. Odżywienie upośledzone. Stężenie pośmiertne w całości utrzymane. Poza silnie żółtaczkowem zabarwieniem skóry, przy oględzinach zewnętrznych — nic godnego uwagi.

Worki opłucnowe wolne. Opłucna zmian nie okazuje. Płuca nieco równomiernie powiększone, ciężkie. Na żółtaczkowo zabarwionej powierzchni przekroju zwracają uwagę nieco zgrubiałe ściany oskrzeli; wskutek czego wyraźnie występuje ich drzewkowato rozgałęziający się rysunek; ponadto na całej powierzchni przekroju stwierdza się równomiernie rozsiane i nieprzekraczające wielkością swą główki szpilki, przeważnie mniejsze, ledwie gołem okiem dostrzegalne, niezawsze krągłe guzki o charakterze drobnych gruzełków gruźliczych, przypominających obraz gruźlicy prosówkowej. Przekrój jest suchy, powietrzność zaś jego jest nieco zmniejszona. Gruczoły chłonne wnęki płucnej są powiększone, dochodzą do wielkości orzecha laskowego, przyczem ich zatoki przybrzeżne wykazują nacieczenie tkanką białawą, rdzeniastą, podczas gdy środek gruczołów jest zmieniony pylicowo.



Ryc. 1. Śluzowy rak rozlany niemal całego żołądka.

Serce nie wykazuje zmian szczególnych.

Brzuch jest miernie wysklepiony. Otrzewna jest gładka, lśniąca. W jamie brzusznej stwierdza się jeden litr płynu przeźroczystego, żółtaczkowo zabarwionego. Śledziona jest wielkości odpowiedniej, bez zmian.

Żołądek jest odpowiedniej wielkości, część odźwiernikowa jest podciągnięta ku woreczkowi żółciowemu i z nim zrośnięta. Otrzewna, pokrywająca żołądek, nie okazuje żadnych zmian. Po otwarciu żołądka stwierdza się w nim niewielką ilość płynno-śluzowej fuzowatej treści. Błona śluzowa jest pokryta gęstym, szklistym śluzem, okazuje w okolicy wpustu i odźwiernika oraz krzywizny małej liczne drobne podbiegnięcia krwawe oraz powierzchowne nadżerki, wyjąwszy niewielki odcinek dna, jest znacznie zgrubiała, w okolicy odźwiernika grubość ściany dochodzi do 2 cm; zgrubienie to jest spowodowane nacieczeniem ściany żołądka, przedewszystkiem w warstwie podśluzowej, tkanką biało-różową o jednostajnej miękkiej spoistości; miejscami nacieczenie to tworzy szereg guzów różnej wielkości, niektóre z nich nawet wielkości orzecha laskowego oraz szereg wałowatych wyniosłości, które wystają do światła żołądka.



Ryc. 2. Przekrój płuca z prosówką rakową. Nacieczenie rakowe gruczołów kołooskrzelowych.

Trzustka jest równomiernie znacznie powiększona, budowa zrazikowa jest prawie zupełnie zatarta, przekrój posiada wygląd nowotworowej tkanki rdzeniastej.

Sieć mniejsza wykazuje szereg ograniczonych zgrubień, które na przekroju posiadają wygląd podobny do opisanych guzowatości żołądka; natomiast jej brzeg prawy, a mianowicie więzadło wątrobowo-dwunastnicze z zawartemi w niem naczyniami oraz przewodem żółciowym, aż do główki trzustki włącznie, przedstawia jedną zbitą masę tkanki nowotworowej, która omurowuje całkowicie tę okolicę i wywiera ucisk na naczynia i przewód żółciowy.

Tkanka, otaczająca biegun górny nerki prawej, nadnercze prawe oraz całą przestrzeń pomiędzy biegunem nerki a tętnicą główną jest również wypełniona tkanką nowotworową.

Wątroba jest wielkości odpowiedniej, powierzchnia jej jest gładka, na przekroju posiada barwę brunatno-zieloną, jest twarda, chrzęści pod nożem, przewody żółciowe są znacznie rozszerzone. Pęcherzyk żółciowy jest rozszerzony i wypełniony ciemno-zieloną, gęstą żółcią.

Pozostałe nieopisane narządy, jakoto: jelita, oraz narządy moczopłciowe nie wykazują zmian widocznych.

W przypadku opisanym stwierdziliśmy zatem u 20-letniego osobnika nowotwór, który, poza wytworzeniem niewielkich guzowatości, nacieka równomiernie ściany całego żołądka. Tkanka nowotworowa przypomina mięsaka ze względu na białoróżową barwę oraz miękką spoistość. Również wiek osobnika przemawia za tem. Nowotwór, szerząc się, zajął trzustkę oraz sieć mniejszą. Rozległe nacieczenie nowotworowe więzadła wątrobowo-dwunastniczego spowodowało ucisk na naczynia krwionośne i przewód żółciowy, co w następstwie dało przesięk do jamy brzusznej oraz żółtaczkę mechaniczną.

Wygląd makroskopowy przekroju płuca, odpowiadający wprawdzie prosówce, ze względu na brak wyraźnych zmian gruźliczych w gruczołach i innych narządach z jednej strony, a z drugiej, ze względu na obecność sprawy nowotworowej w żołądku, zmuszał jednak do myślenia o prosówce nowotworowej. Nacieczenie rdzeniaste gruczołów wnękowych przemawiało za rakiem, natomiast wiek osobnika i wygląd powiększonych gruczołów szyjnych przemawiał raczej za mięsakiem.

Dla ustalenia rozpoznania sekcyjnego, przedewszystkiem jednak celem określenia charakteru sprawy nowotworowej, przebadałem histologicznie narządy zmienione.

Do b a d a n i a d r o b n o w i d o w e g o wyciąłem skrawki z części odźwiernikowej żołądka oraz z miejsc, odpowiadających opisanym guzowatościom krzywizny dużej, z trzustki, płuc, śledziony, nerek, nacieczonej nowotworowo tkanki przynerkowej oraz powiększonych gruczołów chłonnych wnęki płucnej i gruczołów szyjnych.

W okolicy odźwiernika można odróżnić wszystkie trzy warstwy ściany ż o ł ą d k a. Na powierzchni śluzówki stwierdza się brak nabłonka, natomiast w dołeczkach *(foveolae gastricae)* jest on zupełnie dobrze utrzymany. W warstwie właściwej (gruczołowej) śluzówki widoczne są gruczoły cewkowo-pęcherzykowe, z których tylko nieliczne są dobrze zachowane i otoczone warstwą tkanki łącznej niezmienionej. Przeważnie zaś w warstwie tej stwierdzamy pasma i skupienia wielkich, krągłych i owalnych komórek, posiadających wielkie jądra pęcherzykowate, ekscentrycznie ułożone, z wyraźnym zrębem chromatyny oraz z obfitem zmienionem śluzowo pierwoszczem, barwiącym się hematoksyliną. Komórki te otaczają częściowo niezmienione cewki i pęcherzyki gruczołowe, częściowo zaś niszczą budowę tej warstwy tak, iż w miejscach odpowiadających gruczołom, stwierdza się jedynie zbitą masę powyżej opisanych komórek, które są niewątpliwie komórkami raka śluzowego. Skrawki z wystających do światła żołądka guzowatości wykazują typowe utkanie rakowe, przytem stopień ześluzowacenia jest mały. W szczelinach chłonnych warstwy podśluzowej stwierdza się mniejsze i większe skupienia i pasma tkanki nowotworowej. Mięśniówka jest stosunkowo mało zajęta; zaledwie gdzieniegdzie w szczelinach limfatycznych, pomiędzy poszczególnemi wiązkami mięśni, widoczne są niewielkie pasemka komórek rakowych. Otrzewna jest zupełnie wolna, podobnie jak głęboka warstwa mięśniówki.

Na preparatach z p ł u c stwierdza się prawidłowy rysunek pęcherzyków płucnych o ścianach przekrwionych; gdzieniegdzie są widoczne w ich świetle złuszczone nabłonki płucne. Płuca są naogół przekrwione czego wyrazem są rozszerzone naczynia krwionośne. Podczas gdy w świetle naczyń krwionośnych i oskrzeli nie stwierdza się obcych składników komórkowych, to szczeliny limfatyczne, bezpośrednio je otaczające, są rozszerzone i wypełnione komórkami raka galaretowatego; są to komórki wielkie, okrągłe, przeważnie o wyraźnych, często zaś o zacierających się obrysach z jądrami silnie barwiącemi się, spłaszczonemi, półksiężycowatemi i zepchniętemi ku obwodowi komórki; częściowo komórki te rozpadają się, a śluz je wypełniający jest widoczny w postaci siateczki, lub ziarnistej masy; słowem, są to komórki nowotworowe, w których stopień ześluzowacenia jest większy, aniżeli w opisanych komórkach żołądka.

Bardzo daleko posunięte zniszczenie poczynił nowotwór w t r z u s t c e; szerząc się drogami limfatycznemi doprowadził on do zupełnego zniszczenia prawie całej tkanki gruczołowej i zajął jej miejsce; zraziki gruczołowe, które zachowały jeszcze swoją postać i budowę są bardzo nieliczne, lecz także one wykazują w międzypęcherzykowych szczelinach limfatycznych komórki nowotworowe.

Obrazy histologiczne g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h wnęki płuc, gruczołów szyjnych, gruczołów wnęki wątroby oraz splotu tętnicy głównej *(plexus lymphaticus aorticus)* są bardzo do siebie podobne; wszędzie stwierdzamy rozległe nacieczenia komórkami typu opisanego, nacieczenie to wszędzie zajmuje całą masę gruczołu, tak dalece, iż od tkanki ściśle gruczołowej widoczne są wąskie pasma utworzone z limfocytów. Stopień ześluzowacenia komórek nowotworowych w gruczołach jest daleko posunięty, często przestrzenie pomiędzy beleczkami gruczołu są całkowicie wypełnione masami śluzu, w którym widoczne są poszczególne rozpadające się komórki nowotworowe.

Badanie drobnowidowe w ą t r o b y, n e r k i i ś l e d z i o n y nie wykazało w tych narządach przerzutów nowotworu, a jedynie tylko przekrwienie.

Opierając się więc na obrazie sekcyjnym i badaniu histologicznem, rozpoznajemy w przypadku opisanym pierwotnego raka galaretowatego żołądka; nowotwór ten, wzrastając, spowodował prawie zupełne zniszczenie trzustki oraz rozległe nacieczenie więzadła wątrobowo-dwunastniczego i tkanki, otaczającej tętnicę główną. Nowotwór zajął gruczoły wnęki płuc, następnie wypełnił całkowicie szczeliny i naczynia limfatyczne wzdłuż tętnic i oskrzeli oraz częściowo szczeliny międzyzrazikowe i międzypęcherzykowe. W przypadku opisanym należy podnieść nietylko niezwykle młody wiek osobnika rakiem dotkniętego, lecz także kilka innych szczegółów.

Przedewszystkiem znana właściwość raka szerzenia się drogami limfatycznemi występuje tu w sposób wybitny. Badanie drobnowidowe zajętych narządów i tkanek wykazuje zajęcie wyłącznie dróg i szczelin limfatycznych i niejako omijanie dróg krwionośnych. Pomimo zupełnego omurowania przez nowotwór całej okolicy tętnicy brzusznej i przewodu piersiowego nie nastąpiło tu rozsianie się nowotworu drogą krwi. Obrazy histologiczne płuc wykazują, iż niema, dosłownie, ani jednego naczynia krwionośnego, w którego bezpośredniem otoczeniu szczeliny limfatyczne byłyby wolne od nacieczenia nowotworowego, a mimo to nigdzie nie stwierdza się przebicia nowotworu do światła naczynia. Wypełnienie szczelin limfatycznych przez komórki nowotworowe jest tak dokładne, iż, wedle trafnego porównania Borsta, w tym stopniu nie udałoby się nastrzykać narządu nawet bardzo doświadczonego preparatorowi.

Wyrazem tego jest stwierdzony sekcyjnie obraz prosówki rakowej *carcinosis miliaris)* płuc, choć w rzeczywistości jest to, jak wykazało badanie histologiczne, t. zw. *lymphangitis carcinomatosa*.

Ta zmiana w płucu może powstać w sposób dwojaki: to jest, gdy nowotwór podąża od strony opłucnej (jak to może zachodzić w przypadku raka sutka) z prądem chłonki i zajmuje wszystkie szczeliny limfatyczne, albo gdy jak w przypadku opisanym nowotwór szerzy się od gruczołów chłonnych wnęki płuca przeciwko prądowi chłonki aż do najdrobniejszych szczelin limfatycznych opłucnej. To szerzenie się drogami limfatycznemi, i to nawet najdrobniejszemi, jest w związku najprawdopodobniej także z dobrze utrzymanemi i drożnemi naczyniami limfatycznemi u osobnika młodego.

Sam mechanizm szerzenia się raka drogami chłonnemi przez cofanie się, aczkolwiek znany, nie jest dostatecznie wyjaśniony. Czy ma tu znaczenie, jak niektórzy przypuszczają (Borst), uniedrożnienie głównych pni limfatycznych, wydaje się mało prawdopodobnem.

Wreszcie podnieść należy w tym przypadku bardzo szybki wzrost nowotworu. Od wystąpienia pierwszych objawów chorobowych do zejścia minęło zaledwie 10 tygodni. Zdanie Straus'a, iż niemal każdy rak, pojawiający się u osobnika w wieku młodym, wykazuje czy to w samej postaci, czy też w przebiegu zawsze jakąś osobliwość, znajduje potwierdzenie w przypadku opisanym.

Piśmiennictwo.

1) Borst: Die Lehre von den Geschwuelsten. 1902. — 2) Chajutin. Coecumcarcinom bei einem 14-jährigen Mädchen. Zeitsch. f. Krebsforsch. B. 29. 1929. — 3) Dock. Cbltt. f. allg. Path. u. path. Anat. B. 8. 1897. — 4) Gloor: Tamże. B. 46. — 5) Hagedorn: Tamże. B. 27. S. 121. — 6) Janusz: Pol. Gaz. lek. 1925. 7) Nowicki: Now. Lek. 1904. — 8) Kaufmann: Lehrbuch d. speziell. path. Anatomie. — 9) Jeannée: Virch. Arch. 1925. — 10) Kitain: Virch. Arch. 1922. B. 238. — 11) Klein: Cbl. f. allg. Path. u. path. Anat. B. 8, S. 226. — 12) Kantorowicz: Tamże. B. 8. 1897. — 13) Junghaus: Z. f. Krebsf. B. 29. 1929. — 14) Lippman: Z. f. Krebsf. B. 3. 1905. — 15) Roth: Z. f. Krebsf. B. 20. — 16) Quensel: Cbl. f. allg. Path. u. path. Anat. B. 38. — 17) Philipp: Zschf. f. Krebsforsch. B. 5. 1900.

Dr. Józef ROTH, sekund. instyt. rentg. Lwów.

O przetoce przełykowo-oskrzelowej.

Z instytutu rentgen. szpitala żydowskiego we Lwowie.
Kierownik: Prym. Dr. M. Penzias.

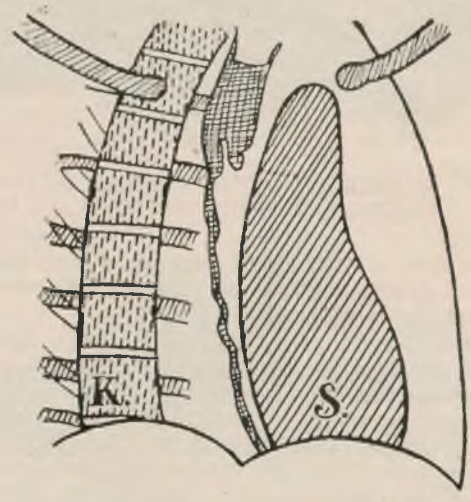
Większość raków przełyku — zwłaszcza miękkich i wiotkich (rak gruczołowaty) — ulega w krótkim czasie owrzodzeniu i może dać dzięki temu powód do krwotoków i ropnych zapaleń w otoczeniu; niekiedy jednak okazują one skłonność do przebicia do narządów sąsiadujących z przełykiem. Zależnie od swego umiejscowienia rak wysoko położony przebija najczęściej do krtani lub tchawicy, rak położony niżej na skrzyżowaniu z lewem oskrzelem przebija najczęściej do wielkich dróg oddechowych lub płuca i to stosunkowo częściej do płuca lewego, niż prawego, (powodując tam niekiedy powstanie jamy), stosunkowo rzadko przebija on do jamy opłucnowej (z następowym ropniem opłucnowym) lub śródpiersia, w rzadkich tylko przypadkach do worka osierdziowego lub tętnicy głównej, natomiast rak usadowiony nad wpustem przechodzi najczęściej na ściany żołądka.

Przedziurawienie raka przełyku do dróg oddechowych nie musi wcale wywołać natychmiastowej śmierci, o ile nie przyjdzie do nadżarcia wielkich naczyń.

Rozpoznanie przebicia jest ważne, ze względów praktycznych, stanowi ono bowiem niekiedy pierwszy objaw raka przełyku, przebiegającego dotychczas niepostrzeżenie pod postacią mniej lub więcej ciężkiego pierwotnego schorzenia płuc, oskrzeli lub opłucnej; ponadto zaś dlatego, ponieważ pogarsza ono znacznie rokowania pod względem szybkości przebiegu cierpienia pierwotnego.

Podmiotowe i przedmiotowe objawy przebicia do dróg oddechowych są naogół typowe; z pośród objawów przedewszystkiem wzbudzających podejrzenie przebicia, najczęstszym jest ból w okolicy przełyku, uczucie lęku i bojaźni (chory podaje, że mu wewnątrz coś pękło), ciężki zapad; później zjawia się stale gwałtowny kaszel, z chwilą przyjęcia pokarmów płynnych i półpłynnych, niekiedy duszność, poczem chory wykrztusza plwocinę i spożyte masy pokarmowe.

Istnieje szereg sposobów badania przetok przełykowo-oskrzelowych. Jeżeli podamy choremu do picia płyn zabarwiony, to w plwocinie rychło potem odkrztuszonej da się wykazać obecność tego barwika. Po wprowadzeniu zgłębnika do przełyku uchodzi przez zgłębnik nieprzerwany prąd powietrza, co jest dalszym dowodem istniejącego połączenia. Metoda Gerhardta polega na mierzeniu wahań ciśnienia w przełyku — zależnie od fazy oddechowej — zapomocą płomyka świecy trzymanej przed ujściem zewnętrznem zgłębnika, wprowadzonego do przełyku; w razie istniejącej komunikacji pomiędzy przełykiem a drogami oddechowemi, niema wahań w ciśnieniu. Metoda zgłębnikowania posiada wielu przeciwników ze względu na częstość przebicia i przyśpieszenia śmierci, jakkolwiek, zdaniem wielu, jest w przypadkach przetoki przełykowo-oskrzelowej właśnie wskazane zgłębnikowanie, aby zapobiec aspiracji pokarmów do dróg oddechowych i płuc. Bardzo dobre wyniki można osiągnąć niekiedy przy pomocy wziernikowania przełyku; ujemną stroną tej metody jest jednak trudność badania, wymagającego wielkiej zręczności, a tłumaczenie uzyskanego obrazu — wielkiego doświadczenia, ponadto zaś połączona jest ta metoda — dla chorego i tak wycieńczonego i wyczerpanego — ze znacznym wysiłkiem i wstrząsem, jakoteż możliwością przebicia.



Ryc. 1. Zwężający rak przełyku na wysokości bifurkacji. I. skośne ustawienie. K — kręgosłup; S — serce.

Bardzo wybitny postęp w rozpoznawaniu przetok przełykowo-oskrzelowych wprowadziło badanie rentgenowskie. Choremu poleca się połykać płynną zawiesinę barową i prześwietla się go równocześnie w skośnem położeniu, które daje możność dokładnej obserwacji czynności i konturów przełyku, umożliwiając też wykrycie — bezpośrednio na ekranie, względnie na zdjęciu rentgenowskiem — i uwidocznienie przejścia płynnej zawiesiny barowej przez przetokę do dróg oddechowych. Metoda ta nietylko uzupełnia ale i zastępuje zupełnie wziernikowanie i inne metody badawcze przełyku, okazując się badaniem bardzo oględnem, dającem się zastosować i wówczas, gdy wszelkie inne metody badawcze zawodzą. Podobny właśnie przypadek przetoki przełykowo-oskrzelowej

chcę tu opisać, ciekawy ze względu na brak jakichkolwiek objawów klinicznych i dolegliwości ze strony chorego, a której wykazanie stało się możliwem dopiero dzięki badaniu rentgenowskiemu.

Przechodzę obecnie do omówienia naszego przypadku: chory 3 tygodnie przed przyjęciem na oddział wewnętrzny męski naszego szpitala był badany w instytucie rentgenowskim powiatowej Kasy Chorych w Stanisławowie, gdzie, zgodnie z badaniem przeprowadzonem u nas, stwierdzono zwężenie przełyku znacznego stopnia na wysokości rozwidlenia tchawicy (o przetoce przełykowej nie było w orzeczeniu kasowem żadnej wzmianki).

Chory M. R. lat 53 zgłosił się do nas do badania rentgenowskiego dnia 15. X. r. 1930 z rozpoznaniem: zwężenie przełyku. Prześwietlenie przełyku wykazało: płynna zawiesina barowa zatrzymuje się na wysokości rozwidlenia z utworzeniem dość znacznego słupa zaległości, dolny brzeg zbiornika nierówny, wystrzępiony (ryc. 1.); poniżej przechodzi zawiesina barowa pod postacią wąskiego strumienia (grubości ołówka) o wężykowatym przebiegu i nierównych obrysach — bez przeszkody do żołądka. (Wielkość, postać i położenie żołądka są prawidłowe). Równocześnie — podczas picia papki barowej przedostaje się zawiesina barowa na wysokości rozwidlenia tchawicy do dróg oddechowych płuca lewego, dając rychło na tle jasnego pola płuc obraz odlewu drzewa oskrzelowego, sięgającego ku dołowi aż po lewą przeponę.

Wkrótce potem wystąpiło u chorego silne podrażnienie do kaszlu, chory odkrztusza nieco papki barowej, nie skarży się jednak na szczególny brak tchu. Po upływie kilku minut chory się uspokoił, męczący kaszel ustał, poczem dokonano — w pauzie oddechowej chorego — zdjęcia rentgenowskiego, które wykazuje na wzór bronchografji delikatne, drzewkowato rozgałęzione wypełnienie oskrzeli większego i mniejszego kalibru w obrębie płuca lewego. (ryc. 2).

Powtórne prześwietlenie po upływie 24 godzin wykazało jeszcze obecność resztek środka kontrastowego w oskrzelach płuca lewego. Bezpośrednich, ujemnych następstw dla chorego, wskutek przejścia zawiesiny barowej do dróg oddechowych nie stwierdzono, aż do końca życia nie przyszło do żadnego zachłystowego zapalenia płuc; niestety uległ on wkrótce potem dnia 27. X. swojemu losowi, śmierć nastąpiła wśród krwotoków płucnych.

Przejście zawiesiny barowej do oskrzeli jest dowodem, że pomiędzy przełykiem a oskrzelami istniało otwarte połączenie, co musimy uważać za objaw patognomiczny dla wytworzenia się przetoki przełykowo-oskrzelowej.

Zaznaczyć jednak należy, że wypełnienie drzewa oskrzelowego zawiesiną barową może nastąpić, także i bez udziału przetoki przełykowo-oskrzelowej, w ten sposób, że zawiesina barowa przedostaje się do tchawicy bądź z powodu zachłyśnięcia na tle upośledzenia połykania względnie porażenia przełyku pochodzenia nerwowego (jak to opisali Landau, Reiche, Weingärtner, Assmann), bądź z powodu rakowatego nacieku i zesztywnienia nagłośni (H e m s e n), w końcu też w ten sposób, że się powyżej zwężenia przełyku wytwarza znaczny słup zaległości, sięgający aż do gardzieli, skutkiem czego przechodzi papka barowa — podczas wdechu — do krtani, a stąd do dalszych odcinków dróg oddechowych. Rozstrzygnięcie zagadnienia czy wypełnienie drzewa oskrzelowego nastąpiło sposobem powyżej opisanym, czy też drogą przetoki daje się łatwo uskutecznić na ekranie w toku badania rentgenowskiego. W przypadku bowiem, gdzie wypełnienie oskrzeli papką barową następuje bez związku z przetoką, przychodzi do wypełnienia przełyku aż po gardziel i będziemy wówczas mogli podczas badania rentgenowskiego obserwować przechodzenie — podczas wdechu — zawiesiny barowej do tchawicy i oskrzeli; natomiast w przypadku z przetoką można wykazać przechodzenie zawiesiny barowej przez otwór perforacyjny (bezpośrednio na ekranie), względnie z rodzaju wypełnienia rozpoznać, w którem miejscu nastąpiło połączenie między przełykiem a drogami oddechowemi. Ponadto zaś — po uskutecznionem wypełnieniu — można wnioskować o przedziurawieniu na tej podstawie, że najwyższy punkt wypełnienia oskrzelowego znajduje się na równej wysokości z dolnym brzegiem słupa zaległości w przełyku,



Rycina 2.

rak przełyku przebija bowiem zwyczajnie nieco powyżej zwężenia, w miejscu gdzie rozszerzenie przełyku pod wpływem zalegania pokarmów dochodzi do największych rozmiarów.

Należy nadmienić, że niektórzy klinicyści sprzeciwiają się — mimo bezsprzecznej wyższości metody rentgenowskiej — badaniu Roentgenem przypadków podejrzanych o przebicie przełyku zwłaszcza do dróg oddechowych, uzasadniając stanowisko swe uszkodzeniem błony śluzowej oskrzelowej, obawą o następowe zachłystowe zapalenie płuc, oraz kaszlem i dusznością, występującemi u chorego wkrótce po zażyciu zawiesiny barowej. Jeśli jednak zważymy, że 1) przebicie przełyku zawsze już istnieje w okresie badania Roentgenem (na co wskazują napady kaszlu występujące przedtem jeszcze po przyjęciu pokarmów płynnych) i że 2) wskutek przechodzenia wszystkich płynnych i półpłynnych pokarmów błona śluzowa oskrzelowa już uprzednio musiała ulec uszkodzeniu i przyzwyczaiła się w pewnej mierze do uszkodzeń mechanicznych, dojdziemy do przekonania, że uszkodzenie błony śluzowej oskrzelowej przez obojętną, chemicznie nie drażniącą zawiesinę barową jest bezsprzecznie lżejsze od uszkodzenia, wywołanego pokarmami przyjętemi, często zakażonemi, które ulegają w płucach rychłemu rozkładowi. Ponadto zależy też wiele od tego, w którym odcinku nastąpiło przebicie, względnie, ile z ogółu dróg oddechowych ulegnie zatkaniu zawiesiną barową. W związku z tem trzeba jednak zaznaczyć, że stopień natężenia zmian anatomicznych przetoki przełykowo-oskrzelowej i zależne od niej objawy kliniczne wcale nie zawsze idą w parze — mogą bowiem jak w naszym przypadku przebiegać przez długi czas prawie bez dolegliwości.

O pewnem przystosowaniu i odporności błony śluzowej oskrzelowej na działanie składników pokarmowych i papki barowej, które przedostały się tam, świadczą głosy autorów, jak Schwarza, Haudeka, Peltasona, Franka, Teschendorfa i innych, którzy opisali szereg przypadków, w których mimo upływu kilku tygodni od chwili wykazania przebicia, nie przyszło wcale do zachłystowego zapalenia płuc, podobnie jak w naszym przypadku.

Badanie rentgenowskie przetok przełykowo-oskrzelowych przewyższa zatem wszelkie inne metody rozpoznawcze pod względem oględności, niebolesności, względnej łatwości wykonania, pewności rezultatów, jakoteż i bezpieczeństwa.

Piśmiennictwo.

Assmann: Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. — Berger: F. d. R. Bd. 28. — Dessecker: Mitt. des Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 37. — Hemsen: F. d. R. Bd. 29. — Kraus u. Brugsch: Spiezielle Pathologie u. Therapie. Landau: F. d. R. Bd. 31. — Peltason: D. M. W. 1921. Reiche: F. d. R. Bd. 25. — Teschendorf: D. M. W. 1920. — Weingärtner: F. d. R. Bd. 22.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. U. 1401/31.

Warszawa, dnia 7 kwietnia 1931 roku.

Rozporządzenie o zakładach leczniczych.

OKÓLNIK Nr. 53.

Do Panów Wojewodów w Białymstoku, Brześciu n. B., Kielcach, Lublinie, Łodzi, Łucku, Nowogródku, Poznaniu, Toruniu, Warszawie i Wilnie, oraz Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W Dzienniku Ustaw R. P. Nr. 29 poz. 195 zostało ogłoszone rozporządzenie wykonawcze do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382).

Ponieważ rozporządzenie to w § 10 zawiera szczegółowe postanowienia o sporządzaniu statutów szpitalnych, przeto postanowienia pisma Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 31 sierpnia 1929 r. Nr. Z. U. 3080/29, które miały na celu ułatwić sporządzanie statutów szpitalnych przed ogłoszeniem rozporządzenia wykonawczego o zakładach leczniczych, stają się nieaktualne i zarządzenia, wydane w tem piśmie, uchylam.

Wskazówki, zawarte w tem piśmie, mogą być nadal użytkowane przy opracowywaniu statutów i regulaminów zakładów leczniczych, jednak tylko o tyle, o ile są zgodne z postanowieniami rozporządzenia z dnia 14 lutego 1931 r.

Co do określonych w tem piśmie załączników do statutów, to rozporządzenie z 14 lutego 1931 r. nie przewiduje obowiązku sporządzania i dołączania takich załączników, jednak jest pożądane, by przy każdym statucie był krótki opis historji i majątku szpitala oraz wiadomości, jakie i gdzie są przechowywane ważniejsze dokumenty, dotyczące szpitala.

Wobec ogłoszenia rozporządzenia wykonawczego o zakładach leczniczych zechcą Panowie Wojewodowie wydać zarządzenia, mające na celu przyśpieszenie akcji opracowywania i zatwierdzania statutów szpitalnych.

Co do podziału szpitala na klasy, należy dążyć do tego, by szpitale publiczne posiadały w miarę możności oprócz klasy trzeciej, także klasę drugą. Co do tworzenia klasy I-ej, to nie powinno to mieć miejsca w takim zakresie, by klasy I-sze w szpitalach utrudniały utrzymywanie się lub powstawanie lecznic z inicjatywy prywatnej. Z reguły w miejscowościach, w których istnieją lecznice, nie należy tworzyć klasy I-ej w szpitalu dla leczenia chorych na takie choroby, na które chorzy zamożni mogą leczyć się w lecznicach.

Pozatem klasa pierwsza może być urządzana tylko w takich szpitalach, w których może być wydzielone odpowiednie pomieszczenie dla tej klasy bez istotnej szkody dla potrzeb klas niższych.

W statutach szpitali publicznych, w których będą istnieć klasy wyższe, powinno być postanowienie, że w razie przepełnienia klasy III-ej dyrektor szpitala może umieszczać chorych tej klasy na klasach wyższych w miarę wolnych łóżek na tych klasach za opłatą klasy III-ej.

Co do opłat dodatkowych, jeśli będą one pobierane na klasie I-ej, to opłaty te winny być szczegółowo oznaczone w statucie i należy unikać określania tych opłat w formie „od..... do.....", lecz określać je w sumach ścisłych.

Sławoj-Składkowski, Minister.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. Z. 1730/31.

Warszawa, dnia 20 kwietnia 1931 r.

W sprawie szczepionek przeciwpłoniczych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Nawiązując do pisma okólnego Nr. Z. Z. 4105/28 z dnia 16-go lipca 1928 r., Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) podaje do wiadomości, iż z dniem 1 marca r. b. zmienione zostało przyrządzanie szczepionek przeciwpłoniczych, a mianowicie do uodpornienia przeciwpłoniczego Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie wyrabia następujące szczepionki:

1. Szczepionka według Gabryczewskiego.

Szczepionka składa się z wymiareczkowanej toksyny paciorkowca szkarlatynowego i zabitych ciał bakteryjnych tegoż paciorkowca i zawiera w 1 cm^3 płynu 500 dawek skórnych (DS) toksyny i 200 miljonów ciał bakteryjnych.

Dawkowanie.

Dzieci do lat 5-ciu.	Dzieci ponad 5 lat.
I szczepienie 0,1 cm^3	I szczepienie 0.2 cm^3
II szczepienie 0,5 cm^3	II szczepienie 1,0 cm^3
III szczepienie 1,0 cm^3	III szczepienie 2,0 cm^3

Odstępy między szczepieniami powinny wynosić 5—7 dni.

2. *Atoksyczna szczepionka płonicza (anatoksyna).*

Szczepionka składa się jedynie z t. zw. anatoksyny paciorkowcowej, czyli toksyny, pozbawionej toksyczności pod działaniem formaliny.

Dawkowanie.

I szczepienie	0,5 cm^3
II szczepienie	1,0 cm^3
III szczepienie	1,5 cm^3

Dawki dla szczepionych są takie same bez względu na wiek.

Odstępy między szczepieniami powinny wynosić 2—3 tygodnie.

3. Szczepionka błoniczo-płonicza (B. P.).

Szczepionka ta jest kombinacją anatoksyny płoniczej i błoniczej. Użycie jej ma na celu sprowadzenie u dzieci szczepionych odporności równocześnie na błonicę i płonicę.

D a w k o w a n i e.

I szczepienie	0,5 cm^3
II szczepienie	1,0 cm^3
III szczepienie	1,5 cm^3

Dawki dla szczepionych są takie same bez względu na wiek. Odstępy między szczepieniami powinny wynosić 2—3 tygodnie.

Przepisy powyższe załączane są do każdej wydawanej przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie porcji szczepionki.

Jak wynika z zestawienia przepisów poprzednio i obecnie wydanych, zmienione zostało ze względu na zbyt silną reakcję, zwłaszcza po szczepionce BP, dawkowanie ateksycznej szczepionki płoniczej (anatoksyny) i szczepionki błoniczo-płoniczej (BP).

Dr. Piestrzyński,
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Y v o n n e S c h a e f f e r: *Les ferments, coceptions modernes.* Masson et Cie. Paris 1929. 168 str. 20 rycin w tekście.

Nauka o fermentach wyszła już dawno poza krąg zainteresowań czysto teoretycznych i nabiera coraz bardziej znaczenia w medycynie praktycznej. Dlatego też należy powitać każdą książkę o fermentach, która uwzględniając najnowsze zdobycze naukowe chemji fizjologicznej, podaje je w formie przystępnej dla ogółu lekarzy. Niestety w referowanej pracy nie spełnia autorka żadnego z tych postulatów. Pierwsza część książki poświęcona ogólnej charakterystyce fermentów jest raczej statystycznem wyliczaniem fermentów i ich lokalizacji.

Właściwa natomiast charakterystyka zaczynów, kinetyka i sposób ich działania w zależności od licznych czynników, które jak np. stężenie jonów wodorowych mają wpływ decydujący na reakcje zaczynowe, nie są w książce autorki dostatecznie naświetlone. Zupełnie niezrozumiałe zaś jest pominięcie prac Wielanda, Thunberga i Warburga, którym zawdzięczamy największe zdobycze w nauce o spalaniach w organizmie. W obszernem zresztą piśmiennictwie, cytowanem przez autorkę nie znajduje się ani jedna praca wspomnianych autorów.

Druga część książki, obejmująca własne badania doświadczalne autorki nad niektóremi fermentami (amylazą, trypsyną i lipazą), jakkolwiek bardziej zwarta i ściślejsza w ujęciu, nie wnosi żadnych takich momentów, któreby uzasadniały konieczność wydania tych badań w formie książki.

Pod względem zewnętrznym, jak wszystkie wydawnictwa Massona, książka jest bez zarzutu.

Dr. Paweł Ostern (Lwów).

Actualités médico-chirurgicales, par les chefs de clinique de la Faculté de Médicine de Marseille. Masson, Paris, 1930, str. 344 fr. 35.

Na całość pracy, poprzedzonej przedmową prof. I m b e r t a, składa się 16 wykładów profesorów klinik w Marsylji: P a o l i — rak doświadczalny, B o u r r e t — uwagi w sprawie leczenia kiły, T u r r i e s — objaw bolu w dołku podsercowym na tle kiłowem, T r a b u c — niedomoga wątroby pochodzenia dziedziczno-kiłowego w późnem dzieciństwie, S e s q u è s — niedokrwistość we wczesnem dzieciństwie, C r é m i e u x — obecny stan naukowy problemu nerwic, S i l v a n — zapobieganie i leczenie śpiączki afryk., T o i n o n — leczenie gruźlicy płuc przy pomocy antygenu metyl. i soli złota, P o i n s o — uwagi kliniczne i schemat leczenia przewlekłych, nie gruźliczych ropień płucnych G i r a u d — krążenie obwodowe kończyn, A r n a u d — nowe uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia urazów czaszki, G i r a u d — nowoczesne uwagi w sprawie leczenia ostrego zapalenia szpiku kostnego, D a r c o u r t — zapalenie stawu biodrowego, C h o s s o n — problem sterylizacji kobiety, L a h a y v i l l e — wodonercze, T r i s t a n t — zaburzenia w oddawaniu moczu.

Janik (Lwów).

P. L e c è n e: *Les diagnostics anatomo-cliniques.* Masson 1930, t. I. str. 192. fr. 45.

L e c è n e gromadził od wielu lat materjał naukowy celem wydania dużego dzieła, omawiającego anatomję patologiczną w chirurgji. Materjał ten zbierał z nadzwyczajną skrzętnością i wielką dokładnością. Niestety przedwczesna śmierć nie pozwoliła mu na wydanie pracy. Myśl mistrza postanowili przynajmniej w części zrealizować jego uczniowie, opracowując omawiane dzieło.

Dzieło składa się z następujących tomów:
I. Część ogólna. Schorzenia sutka.
II. Kobiece narzady płciowe.
III. Narząd moczowy.
IV. Narząd ruchu (kości i stawy).
V. Odbytnica. Odbyt.

Narazie wyszedł z druku t. I. Część ogólną opracował P a v i e. Na treść złożyło się omówienie badań pracownianych: cytologicznych, bakterjologicznych, sposobów szczepienia na zwierzętach, badań makroskopowych i mikroskopowych i t. d. Rozdział opracowany jest zwięźle i przystępnie, zwłaszcza dla początkujących w chirurgji.

Część drugą o schorzeniach sutka omówił M o u l o u g u e t — o tyle ciekawie, że omawiając poszczególne schorzenia sutka, nie przytacza balastu znanego z podręczników, ale podaje i rozwija uwagi L e c è n e'a, zasługujące w piśmiennictwie i praktyce na wyróżnienie. Piękne ryciny podnoszą wartość tej pracy.

Janik (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, nr. 9, z 7 maja 1931: A. E l e k t o r o w i c z: Opadnięcie wątroby. — F. G r a u b e r g: Leczenie złamań sposobem Böhlera. — K. M i k u l s k i: O psychologji indywidualnej Alfreda Adlera. — K. K a r a f f a K o r b u t t: Szkice higjeniczno-społeczne. O przyszłej polskiej tablicy wymieralności. — K. N e u g e b a u e r: Rys historyczny Szpitala ewangelickiego w Warszawie.

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok II, nr. 4—5, z r. 1931: Z działalności Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej. — Sprawozdanie Komitetu Kasy ubezpieczeniowej członków Izby lek. lwowskiej (Kucil). — Zawiadomienia z Izby lwowskiej.

Therapia nova, rok III, nr. 4, z kwietnia 1931: J. P o l a k: O tak zwanym „Reumatyzmie".

Dziecko i matka, rok VI, nr. 9, z maja 1931: S. S t e n d i g: Dziecięce „Dlaczego". — J. D y l i ń s k i-G o r g o l e w s k a: Postawa badawcza matki. — M. B e n i s ł a w s k a: Jak zdobyć zaufanie dziecka?. — J. K o r c z a k o w s k a: Rydwan. — M. M o r z k o w s k a: Odżywianie niemowlęcia w okresie 3—9 miesięcy. — M. K ł o s i ń s k a: Analiza. — K. F a l k o w s k a: O „skazach".

Wiadomości weterynaryjne, rok XIII, tom X, nr. 129, za kwiecień 1931: J. B r i l l: Patogeneza i epizootjologja ronienia zakaźnego klaczy. — H. G o ł a s z e w s k i: W sprawie walki z pomorem świń.

Młoda matka, nr. 10, z r. 1931: Cz. H o p p e: Wszystkie dzieci na wieś. — M. G r o m s k i: Kilka słów o braku łaknienia. — Z. G l i ń s k a: Kilka słów o kąpieli niemowlęcia. — T. L e w e n f i s z o w a: Jeszcze parę słów o kąpieli dziecka. — J. B r z ó s k o-G u d e r s k a: Wiosną na spacerze.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 20, z 14 maja 1931: F. B l u m e n t h a l: O postępach w dziedzinie badań nad rakiem. — Z. B y c h o w s k i: Z Kliniki stwardnienia guzowatego (Sclerosis tuberosa). — Z. K u r l a n d s k i: Leczenie pląsawicy nirwanolem (choroba nirwanolowa). Streszcz. pogl. (dok.). — L. Z a m e n h o f: Czemu znachorstwo pomimo postępu medycyny zyskuje coraz więcej zwolenników i droga walki z niem (c. d.). — J. I t e l s o n: Cukrzyca wśród mas pracujących (dok.).

Nowiny lekarskie, rok XLIII, nr. 10, z 15 maja 1931: St. K r a m s z t y k i Cz. B o ł d o k: Badania nad standaryzacją tarczycy. — L. W a s i l e w s k i: Obecny stan poglądów na głuchotę i jej leczenie. — A. W i r s z u b s k i: Dwa przypadki nowotworów płatów czołowych. — St. S r o c z y n s k i: Wartości lecznicze zdrojewiska Inowrocław z uwzględnieniem własnych spostrzeżeń.

Nowiny psychjatryczne, rok VIII, kwartał I—II, z r. 1931: Ś. p. prof. Jan Piltz. — Ś. p. dyr. Artur Starzyński. — E. B o c z k o w s k i: O nakłuciu zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego. — J. G a w r o ń s k i: Alkoholizm u dziatwy i młodzieży, a szkoła. — A. W i r s z u b s k i: Pierwiastki psychopatologiczne kabały. — St. Ś w i e r c z e k: Krytyczne rozważania nad malarją leczniczą w porażeniu postępującem. — W. G o r z k o w s k i: Langbeinit w leczeniu reumatyzmu i artretyzmu. — J. B o n a s e r a: Proteinochemoterapja w paraliżu postępującym. — T. Ł a p i ń s k i: Szpital

Jana Bożego w Warszawie. Sprawozdanie za rok 1929/30. — Al. Piotrowski: Sprawozdanie z Zakładu psychjatrycznego Dziekanka za rok 1930/31.

Nowotwory. Biuletyn polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom VI, nr. 1, z r. 1931: A. Fiumel: Dwa przypadki pierwotnego mięsaka wątroby. — St. Sterling-Okuniewski: Skojarzenie mięsaka płuca z gruźlicą i kiłą. — J. Flaks: Przerzuty mięsaka do gruczołów limfatycznych osesków szczurzych.

Lekarz wojskowy, rok XII, tom 17, nr. 1/4 za styczeń-luty 1931: H. Mazanek: Ś. p. Ppłk. lekarz dr. Rec Wojciech. — J. Nelken: Sześć przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych po postrzale głowy w celu samobójczym. — R. Pisarczyk: Nowe poglądy na sprawę zmienności postaci bakteryj. Cyclogenia. — A. Gmarek: Grypa wśród żołnierzy garnizonu warszawskiego w 1930 roku. — M. Sokałówna: Ilu jest narkomanów w Polsce. — L. Zembrzuski: Dr. med. Paweł Fitzsimons Eve i jego udział w powstaniu listopadowem. — Sprawozdanie Centrum Wyszkolenia sanitarnego 1. XI. 1929 do 30. IX. 1930 r.

Przyroda i technika, rok X, zesz. 5, z maja 1931: J. Ostern: Życie w środowisku beztlenowem. — S. Otolski: Jod w postaci preparatów farmaceutycznych i jako składnik biologiczny. — K. Pazdro: Technika zdjęć i wyświetlania filmów dźwiękowych. — J. Sambor: Nowe łodzie motorowe, skonstruowane przez państwową stocznię modlińską.

Przewodnik pielęgniarski, rok III, kwartał I i II z r. 1931: A. Zakrzewska: Prawa i obowiązki pielęgniarza. — A. Bartoszakówna: Kilka uwag o przygotowaniu służby pielęgniarskiej. — J .Medem: Pielęgnowanie chorych nie przyjmujących pokarmu. — W. Bibrowicz: Przyjmowanie chorych do szpitala psychjatrycznego. — J. Medem: Pielęgnowanie chorych z zaburzeniami w oddawaniu stolca i moczu.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 9, z 1 maja 1931: K. Kułakowski: Budownictwo mieszkaniowe. — H. Matusiak: Woda studzienna na Nowem Bródnie, Pelcowiźnie i Targówku pod względem sanitarnym. — A. Sabatowski: O zasobach leczniczych północnej połowy Polski. — St. Tubiasz: Uwagi w sprawie szkolenia lekarzy do państwowej i samorządowej Służby Zdrowia.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 10, z 15 maja 1931: Przed XII Walnem Zebraniem Związku. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Pamiętnik Zjazdu organizacyjnego lekarzy uzdrowiskowych w Warszawie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 20, z 17 maja 1931: Protokół ogólnego Zjazdu delegatów P. P. T. F. — Sprawy zawodowe.

Przemysł chemiczny, nr. 10, z r. 1931: J. Wasilewski i W. Bądzyński: Przyczynek do poznania szybkości hydrolizy roztworów różnych szkieł wodnych. — J. Wierciński: Miareczkowa metoda oznaczania małych ilości tlenu w gazach. — W. Hennel: O wybuchach mieszanin gazów.

Pedjatrja Polska, tom XI, nr. 2, za marzec i kwiecień 1931: W. Piotrowska: Psychologja indywidualna a pedjatrja. — H. Sparrow i M. Mayzner: Szczepienia przeciwbłonicze metodą Dzierzgowskiego (przez śluzówkę nosa). — Z. Uchocka: Dysostosis cranialis non hereditaria. — J. Makowski: Przypadek wylewu rzekomo-mlecznego do opłucnej lewostronnej — H. Brokman: Przyczynek do leczenia odry.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Praktický Lékař.

Rocznik XI. 1931. Z. 1.

Dr. Povondra: *O rytmie cwałowym.* Rytm cwałowy klinicznie składa się z dwóch tonów prawidłowych i jednego tonu dodatkowego, słyszalnego w przerwie rozkurczowej. Jeżeli ton dodatkowy słyszalny jest tuż przed skurczem, to mówimy o cwale protodiastolicznym w przeciwieństwie do cwału mesodiastolicznego, który powstaje podczas rozkurczu. Rytm cwałowy spotykamy w rozmaitych stanach chorobowych: w obrazie nadciśnienia miażdżycowego, samoistnego i nerkowego, zapalenia nerek ostrego i przewlekłego, niedomykalności zastawek w przypadkach chorób zakaźnych, schorzeń tętnicy płucnej, zapalenia wsierdzia i osierdzia.

Cwałowy rytm przedskurczowy może ustąpić na pewien czas i tem samem uniknąć klinicznego rozpoznania. Autor rozpatruje znaczenie rytmu cwałowego dla rokowania. Na podstawie materjału badanego na poliklinice prof. Libenskiego dochodzi do wniosku, że galop protodiastoliczny prognostycznie przedstawia się mniej korzystnie, aniżeli przedskurczowy. Chory z galopem protodiastolicznym rzadko przeżyje okres dwóch lat.

Z. 2.

Doc. J. Podlaha i Dr. J. Bedma: *O technice przetaczania krwi.* Autorzy na podstawie doświadczeń na klinice prof. Petrivalskiego dochodzą do przekonania, że najprostszym, a przytem bezpiecznym dla chorych jest sposób transfuzji krwi przy pomocy strzykawki Jubego. Zabieg wykonany przy pomocy tej strzykawki nie wymaga chirurgicznego wykształcenia i urządzenia lecz ogranicza się tylko do nakłucia żylnego.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 35. 1931.

Walter K. Fränkel: *Objawy urologiczne jako wyraz zmian w narządach rodnych kobiecych.* Ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy narządem płciowym i moczowym, zwłaszcza u kobiet, nie zależy tylko od sąsiedztwa tych narządów, ale także i od wielu innych czynników wspólnych dla obu narządów. Autor wykazuje ścisły związek pomiędzy *incontinentia urinae*, a rozmaitemi schorzeniami narządów rodnych, wspomina o *urethritis e defloratione*, szeroko omawia symptomatologję parcia na mocz. Guzy zapalne i nowotworowe narządów rodnych mogą przechodzić na narządy moczowe i pośrednio dawać objawy takie, które chory zauważy i z któremi zwróci się do lekarza. Poleca autor zawsze w przypadkach objawów ze strony narządu moczowego dokładne zbadanie i wykluczenie spraw chorobowych ginekologicznych.

R. Wurmfeld: *Alergiczne schorzenia skóry.* Autor zastanawia się nad pojęciem alergji wogóle i podaje jego dokładną definicję. Dochodzi do wniosku, że cały szereg schorzeń skóry jest objawem alergji; w końcu wykazuje, że schorzenia te dobrze rozpoznawane leczą się szybko.

M. Dammer: *Nieszczęśliwy wypadek, a guz w mózgu.* Na podstawie 3 dokładnie zbadanych przypadków autor dochodzi do wniosku, że związku przyczynowego wykazać nie można było i przestrzega przed podobnem mniemaniem.

K Kundratitz: *Leczenie złośliwej błonicy.* Zaleca obok stosowania surowicy eufylinę.

E. Singer: *Rozprzestrzenienie zakażeń pałeczką Banga w Czechach*, na podstawie zbadania 635 prób na aglutynację.

M. Landsberg: *Zmiany skórne w agranulocytozie.* Opis przypadku.

O. Huntemüller: *Wykazanie naturalnych sił obronnych (aleksyn) w surowicy krwi.* Autor podaje metodę wykazywania, przytacza cały szereg doświadczeń, oraz podkreśla duże znaczenie zarówno dla prognozy, terapji jak i dla diagnozy — wykazuje, że wysoki wskaźnik ma znaczenie dodatnie.

Hayward: *Chirurgiczne wskazania dla lekarza praktyka.* Zaburzenia odżywiania skóry i tkanki podskórnej na skutek martwicy po podwiązaniu naczyń, po zatorach naczyń tętniczych, przy arterjosklerozie naczyń obwodowych.

E. Edens: *Leczenie chorób serca i naczyń.* Referat: leczenie farmakologiczne i fizykalne.

Nr. 36. 1930.

E. Romberg: *Zaburzenia w czynności tętnic.* Autor porusza cały szereg spraw chorobowych, w których bierze udział układ naczyniowy zwłaszcza tętniczy. Nowsze badania w tym kierunku wykażą zapewne jeszcze niejedną sprawę, w której układ ten odgrywa zasadniczą rolę, a niektóre dotychczasowe poglądy ulegną zasadniczej zmianie.

R. Heiss: *Nowe metody i stare troski anatomów.*

B. Langen: *Pismo tajemne i niewidoczne.* Cały szereg metod pisma niewidocznego oraz sposoby jego wykrywania.

G. Lepehne: *Wartość odczynu Wassermanna w praktyce.* Odczyn Wassermanna powinien być częściej niż dotychczas wykonywany w praktyce, jakkolwiek ujemny odczyn nie przesądza istnienia kiły, dodatni zaś trafia się bardzo często w *endocarditis*, w ciąży, w żółtaczkach.

Kurtzahn: *O mnogich i powtórnie występujących rakach.* Po podaniu definicji raka mnogiego zwraca autor uwagę na kryterja oraz na grupy, jakie można wyosobnić. Cytuje przypadki raków mnogich.

E. Hoke: *Sny osób gruźliczych.*

H. Lullies: *Drażnienie prądem stałym i chronaksja.*

E. Prass: *Trichobezoar i jego znaczenie różniczkowe.* Trudności rozpoznawcze mogą być nieraz bardzo duże, tak, że niejednokrotnie dopiero próbna laparotomia może wykazać istotę cierpienia.

F. Errulat: *Czego uczą nas trzęsienia ziemi o budowie ziemi.*

Hayward: *Konsyljum chirurgiczne. Endarteritis obliterans juvenilis* (choroba Buerger'a).

C. Heidepriem: *Kamillosept i Agarol.* Skład chemiczny tych preparatów i ich zastosowanie.

Engelhardt: *Ocena przyczyn zniekształcenia kręgosłupa.* Dział ubezpieczeń.

M. Guardabassi: *Przecukrzenie krwi i cukromocz po insulinie.* Przytacza cały szereg badań podanych w literaturze, oraz podaje wyniki badań doświadczalnych nad początkowem przecukrzeniem krwi po podaniu insuliny (Initiale Insulin Hyperglykaemie Reaktion I. I. H. R.) Referat.

J. Fenczyn (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

IV. Wydział lekarski Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 20 marca 1931 r.

Przewodniczący: dyrektor Fr. Krzyształowicz.

Czł. Orłowski i Marchlewski przedstawili pracę pp. E. Kurzyńca i A. Oszackiego p. t.: *Materjały do sprawy barwika krwi, zawartości żelaza i zdolności pobierania tlenu we krwi ludzi z nowotworami i bez nowotworów.*

Badania powyższe stoją w związku z wynikami, otrzymanemi przez A. Oszackiego odnośnie do zawartości tlenu we krwi żylnej, wypływającej z guzów nowotworowych. Chodziło o zagadnienie, czy wysoka zawartość tlenu w tej krwi, a tem samem ewentualne obniżenie pobierania tlenu przez tkankę nowotworową nie da się wyjaśnić przez pewne odchylenia w zawartości żelaza w stosunku do zawartości OHb oraz w zdolności krwi nowotworowych do pobierania tlenu.

Żelazo oznaczano we krwi całej, spopielanej na drodze mokrej. Po strąceniu żelaza roztworem siarczanu cynku i fosforanu dwusodowego w obecności amonjaku i po odsączeniu krystalicznego osadu, rozpuszczano go w kwasie siarkowym i przeprowadzano dwie równoległe redukcje zapomocą spirali palladowej, nasyconej wodorem, i zapomocą cynku. Tak zredukowane związki żelaza miareczkowano w atmosferze bezwodnika węglowego stu-normalnym roztworem nadmanganianu potasowego. Przeprowadzono ogółem 22 analizy.

Na podstawie otrzymanych wyników autorowie dochodzą do wniosku, że niska zawartość żelaza, obliczona w stosunku do barwika krwi, nie jest stałą cechą nowotworów, przynajmniej odnośnie do raka, oraz że odchylenia, stwierdzone u chorych nienowotworowych, pomimo nieznacznej ich niedokrwistości nie są o wiele większe od odchyleń maksymalnych, stwierdzonych w przypadkach nowotworów. Dalej wnoszą autorowie, że wobec tego faktu owa wysoka zawartość tlenu we krwi żylnej, wypływającej z guzów nowotworowych, nie stoi w związku z właściwościami krwi odnośnie do stosunku żelaza do OHb.

W drugiej części pracy nad współczynnikiem nasycania się krwi tlenem znaleźli autorowie, że współczynnik ten nie ulega większym wahaniom w przypadkach nowotworowych i nienowotworowych, wobec czego należy wnosić, że wspomniany powyżej wysoki odsetek tlenu we krwi żylnej nowotworowej nie tłumaczy się zmianami w zdolności nasycania się krwi tlenem.

Czł. Orzechowski i Maziarski przedstawiają pracę p. W. Jakimowicza p. t.: *Przyczynek do histologji prawidłowej i patologicznej zwoju kolankowatego (ganglion geniculi).*

Autor zbadał zwój kolankowaty człowieka w 57 przypadkach, z tego 17 przypadało na schorzenia ośrodkowego układu nerwowego. Zwój jednej strony utrwalał w formalinie, drugi w alkoholu, skrawki barwił metodami Bielschowsky'ego, Schultze-Grosa, Spielmeyera, kresyl-fioletem, sposobem Nissla, v. Giesona, hematoksyliną-eozyną, (barwienie lipoidów tylko w niektórych przypadkach).

Zwój kolankowaty budową swą pod każdym względem przypomina zwoje międzykręgowe. Komórki nerwowe są okrągłe lub owalne, bez barwika, wielkość ich wynosi 30—40 mikronów. W obrazie histologicznym po zabarwieniu sposobem Nissla spotyka się komórki o pyłkowatym lub gruboziarnistym tygroidzie, typ pierwszy w przeważającej liczbie przypadków. Dość często w pobliżu właściwego zwoju spotyka się na przebiegu nerwów, odchodzących od zwoju lub dochodzących do zwoju, grupy komórek o budowie identycznej, niejako dodatkowe zwoje. Nierzadko zdarzają się komórki zwojowe dwuwypustkowe lub wielowypustkowe, zgoła wyjątkowo dwubiegunowe. W paru przypadkach spostrzegał autor opisane ongiś przez Sibeliusa „kolonje", w których komórki, ułożone rzędem jedne za drugiemi, dotykają się wzajemnie, nie mają satelitów i leżą we wspólnej torebce łącznotkankowej.

W obrazie histologicznym po srebrzeniu widać, że wypustka skręca się w najrozmaitszy sposób, a owijając się wielokrotnie około komórki może utworzyć kłębuszek. Ze skręcenia się jednego, dwóch lub więcej włókien nerwowych naokoło komórki powstaje „koszyczek" wewnątrz lub częściej zewnątrz komórki zwojowej. Wypustka, tworząc koszyczek, ma oddawać bocznice, których jednak autorowi w gęsto zadzierzganym splocie koszyczkowym wydawało się niepodobnem odszukać. Natomiast znajdował wewnątrz lub nazewnątrz torebki, czasem w mnogiej nawet ilości, płytki i kulki końcowe, mające być zakończeniami owych bocznic. Zmiany patologiczne zdarzały się bardzo rzadko, na 57 przypadków tylko 6 razy; w 3 przypadkach „ciężkie schorzenie" komórki, dwa razy „spęcznienie" komórek w chorobie Tay-Sachsa i w przypadku ostrego zapalenia kłębuszków nerkowych. W tym trzecim przypadku spęcznienie szło w parze z olbrzymiem powiększeniem wszystkich prawie komórek zwoju i szczególnym rodzajem chromatolizy: skupienie ciałek Nissla jako pyłkowatych bryłek wokół jądra, reszta protoplazmy jasna, piankowata, w stanie odczynowej neuronofagji. W przypadku tym sprawa chorobowa rozwijała się we wszystkich komórkach równocześnie. Większość satelitów uległa spłaszczeniu, inne przerastały i bujały: miejscami pojawiały się *„nodules résiduels"* Nagotte'a, jak autor sądzi, we wczesnym okresie rozwoju, bo złożone z wybujałych satelitów, a nie z komórek torebki zewnętrznej. Obrazy neuronofagji przypominały Cajala *„celulas desgaradas"*.

We włóknach nerwowych żadnych zmian nie spostrzegano, raz tylko w gruźliczem zapaleniu opon naciek w korzonkach, złożony z makrofagów.

Czł. Konopacki przedstawia pracę pp. J. Zweibauma i M. Ostroucha p. t.: *Badania nad wpływem osocza zwierząt nowotworowych na wzrost fibroblastów, hodowanych in vitro.*

Autorowie badali wpływ osocza kur, mających mięsaki Rousa, na wzrost fibroblastów zarodków kurzych *„in vitro"*. Badania polegały na umieszczaniu jednej połowy hodowli po 6—16 przeszczepie w kropli osocza normalnego jako kontroli, a drugiej w kropli osocza nowotworowego kur tego samego mniej więcej wieku i na pomiarach wzrostu hodowli w szeregu przeszczepów. Badania te dowiodły, że osocze nowotworowe wywiera wpływ toksyczny na wzrost fibroblastów. Wzrost hodowli stopniowo zmniejsza się w szeregu przeszczepów, co wkońcu wiedzie do zaniku hodowli. Średnia długość życia hodowli w tych warunkach wynosi 14 dni. Wpływ toksyczny osocza nowotworowego wyraża się charakterystycznie nietylko w zmniejszaniu się wielkości i gęstości pasa wzrostu, ale i w morfologji komórek. Komórki w osoczu nowotworowem po 3—5 przeszczepie stają się jasne i prawie wcale nie zawierają kulek tłuszczowych. Nie okazują one żadnych oznak zwyrodnienia. Kontury komórek są często niewidoczne. Osocze szczurów, mających mięsaki Jensena silnie rozwinięte, wywiera taki sam wpływ toksyczny na wzrost fibroblastów kurzych, jak osocze kur mięsakowych. Dokładna analiza cytologiczna komórek, hodowanych w osoczu nowotworowem, jest w toku.

Czł. Krzyształowicz przedstawia pracę własną p. t.: *Rola paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze.*

Rola paciorkowców *(streptococcus)* w wywoływaniu zmian w skórze nie jest dostatecznie i jednolicie wyjaśniona. W ocenie tych rozmaitych postaci trzeba brać na uwagę mechanizm powstawania zmian i ich dalszy przebieg. Pierwszy jest zawsze jednakowy, gdyż zawsze spostrzegamy wysięk surowiczy. Uwzględnić trzeba jednakże stałe wikłanie tego zakażenia dostaniem się do wykwitów gronkowców, istniejących stale w powierzchni skóry. Przebieg jednakże tych zmian bywa rozmaity, co wpływa tak wybitnie na rozwój postaciowy.

Ze znanych postaci chorobowych możnaby, zdaniem autora, zgrupować razem następujące:

Liszajec *(impetigo)* i niesztowice *(ecthyma)*, dalej zakażenie błon śluzowych *(stomatitis et rhinitis, conjuctivitis)*, zajady *(angulus infectiosus)* i zapalenie warg ustnych *(cheilitis)*, wreszcie zapalenie około paznokci *(peri-par-onychia et onychosis)*. Dalej niezupełnie uznane jako paciorkowczyce: zapalenie pęcherzowe noworodków *(dermatitis bullosa neonatorum)* i liszajec pęcherzowy *(impetigo*

bullosa) u dorosłych wraz z zapaleniem złuszczającem *(dermatitis exfoliativa)* — choroba Duhringa *(morbus Duhringi)* i rumień wysiękowy *(erythema exsudativum)*, liszajec opryszczkowy *(impetigo herpetiformis)*, zapalenie pęcherzykowo-krostkowe kończyn *(acrodermatitis Hallopeau)*, wreszcie zapalenia ropne bujające *(pyodermitis vel pemphigus vegetans)*. Odrębne nieco stanowisko zajmują erytrodermje i nieżyty powierzchowne skóry *(dermoépidermites microbiennes)*, tkwiące jeszcze w grupie wyprysku.

Badania bakterjologiczne tych rozmaitych postaci wskazywałyby na jednolitą ich etjologję, t. j. paciorkowcową, — początkowy mechanizm powstania, jako też przejście jednej postaci w drugą przemawiałyby także, że wszystkie powinny być zgrupowane razem. Zarazem rozpatrzeć należy domniemane, czy rzeczywiste przyczyny uboczne, mniej lub więcej zasadnicze, które wiodą do odmiennego przebiegu, a tem samem do odmiennych postaci. Obok przyczyn zewnętrznych uwzględnić trzeba jeszcze własności ustroju i skóry konstytucjonalne lub kondycjonalne, stany narządów wewnętrznych i układów, bo one mogą wpływać na ukształtowanie się zakażenia i jego przebieg. Dalej sposób dostawania się zarazków od zewnątrz, czy też z ogniska istniejącego w ustroju *(focal infection)*, muszą mieć wpływ na postać nawet początkową (liszajec a rumień). Zajęcie kończyn w tego rodzaju sprawach może zależeć prócz czynników zewnętrznych (urazów) od stanu układu naczynioruchowego. Wreszcie z narządów wewnętrznych największą może grają rolę narządy dokrewne, tak ściśle związane z układem wegetacyjnym.

Bujania w przebiegu niektórych postaci bywają wywołane najprawdopodobniej przez gronkowce *(staphylococcus)*, przyczem przyjąć trzeba, że musi istnieć w skórze jakaś szczególna skłonność, która się do tego przyczynia. Torebki włosowe biorą, jak się zdaje, w tej czynności bujania szczególny udział.

Dla wytłumaczenia przewlekłości zmian, które nawracają lub trwają niejednokrotnie w jednych i tych samych miejscach przez czas dłuższy, trzeba się uciekać do przyjęcia wytwarzania się uczulenia *(sensibilisatio)* skóry, która może być tak ważnym czynnikiem w patogenezie tych schorzeń.

Wkońcu możnaby dojść na mocy spostrzeżeń i badań tego rodzaju spraw chorobowych do przekonania, że w każdej z tych postaci konieczna jest obecność mikrobów w skórze, a nietylko ich toksyn.

Czł. Beck przedstawia pracę p. W. S. Hołobuta p. t. *O wpływie prądu stałego na ośrodki oddechowe, naczynioruchowe i hamujące czynność serca.*

Celem pracy niniejszej było zbadanie wpływu katody i anody prądu galwanicznego na rdzeń przedłużony, w szczególności na ośrodek oddechowy oraz na ośrodki naczynioruchowe i hamujące czynność serca. Do odsłoniętego rdzenia przedłużonego psów, uśpionych weronalem, przykładano elektrody niepolaryzujące się obwodu galwanicznego i obserwowano zmiany w ciśnieniu krwi tętnicy szyjnej, jako też i zmiany ruchów oddechowych, zapisywane zapomocą bębenka Marey'a, połączonego z tchawicą. Z wyników tej serji doświadczeń, których dokonano 13, okazało się, że prąd stały o sile 10 — 15 MA, zastosowany na rdzeń przedłużony, zmienia oddychanie w dwóch kierunkach; gdy czynny jest biegun ujemny (katoda), wówczas ruchy oddechowe pogłębiają się i przyśpieszają, natomiast wpływ bieguna dodatniego (anody) zwalnia ruchy oddechowe i osłabia je. Ciśnienie tętnicze, obserwowane w tej serji doświadczeń równocześnie ze zmianami oddechowemi, nie różniło się wybitniej przy zastosowaniu obu biegunów prądu galwanicznego, poza okresowym wzrostem i spadkiem nieznacznego stopnia.

Aby dokładniej poznać wpływ prądu stałego na ośrodki naczynioruchowe i hamujące serce, przeprowadził autor drugą serję doświadczeń, w których badał zmiany ciśnienia tętniczego psów zakuraryzowanych, z zastosowaniem sztucznego oddychania. W ten sposób wykluczono wpływ zmian w oddychaniu na krążenie. Doświadczenia te dowiodły, że tak biegun ujemny, jak i dodatni prądu stałego podwyższa ciśnienie tętnicze, jakoteż zwalnia czynność serca. Katoda i anoda nie różnią się w swem działaniu na ośrodki naczynioruchowe i hamujące nerwu błędnego, które niewątpliwie pobudzają.

Porównując zmiany oddechowe i w ciśnieniu krwi oraz czynności serca, wywołane jednym i drugim biegunem prądu stałego, autor dochodzi do wniosku, że istnieje niezależność w oddziaływaniu na oba bieguny prądu galwanicznego ośrodka oddechowego z jednej strony, a naczynioruchowego i hamującego serce z drugiej strony. Czynność ośrodka oddechowego bowiem pobudzana jest przez katodę, a hamowana przez anodę, natomiast ośrodki naczynioruchowe i hamujące są przez oba bieguny prądu pobudzane. Autor, powołując się na poprzednie badania swoje i innych autorów, przeprowadza pod tym względem analogję między wpływem prądu stałego na ośrodki rdzenia przedłużonego, a wpływem innych czynników fizykochemicznych, jak jonów Ca i K, na te ośrodki.

Czł. Nowicki i Ciechanowski przedstawiają pracę p. F. Skubiszewskiego p. t. *Zwoje nerwowe trzustki psa i zmiany ich w ostrej martwicy trzustki.*

Ostrą martwicę trzustki wywoływał autor u psów wstrzykiwaniem około 5 cm³ żółci do przewodu trzustkowego głównego, który następnie podwiązywał. Ogółem zbadał 14 trzustek z ostrego i późniejszego okresu martwicy, a oprócz tego parę trzustek prawidłowych. Na podstawie tego badania dochodzi do następujących wniosków:

1) Zwoje nerwowe trzustki psa mieszczą się w przegrodach międzyzrazikowych, w tkance łącznej pod torebką, wśród tkanki gruczołowej i przy większych przewodach wydzielniczych. Zwój okala zawsze cienka błona łącznotkankowa. Wielkość zwojów bywała rozmaita: czasami napotykano pojedyncze komórki nerwowe na przebiegu nerwów, gdzieindziej zwój zawierał po kilkanaście i nawet po kilkadziesiąt komórek nerwowych w płaszczyźnie przekroju. Przy zwoju znajduje się często tętnica i żyła. Komórki zwojowe mają budowę komórek współczulnych z licznemi wypustkami różnej długości i kształtu. Pomiędzy komórkami, częściej w środku zwoju, biegnie pasmo nerwowe. Stosunek komórek nerwowych do włókienek nerwowych bywa bardzo rozmaity, jak wogóle w zwojach współczulnych.

2) W ostrym okresie martwicy trzustki zwoje nerwowe leżały w obrzękłych przegrodach międzyzrazikowych i często wśród wylewów krwawych, w tkance gruczołowej zwyrodniałej tłuszczowo lub uległej martwicy. Torebka zwoju była zachowana albo też była zajęta naciekiem drobnokomórkowym; nieraz okazywała przerwy. Komórki nerwowe były w mniejszej części zmienione piknotycznie: protoplazma i jądro były zgęszczone i barwiły się ciemno. W większej części komórek nerwowych powstawała chromatoliza; protoplazma była napęczniała, barwiła się tioniną rozlanie, jądro było za duże, czasami była widoczna tylko jego otoczka. W niejednej rozpadającej się komórce nerwowej jądra nie było. Tłuszczu komórki nerwowe nie zawierały, natomiast często były w ich protoplazmie jamki różnej wielkości. Torebka komórek nerwowych była zatarta, a jej jądra układały się bezładnie.

3) W późniejszych okresach martwicy trzustki tkanka gruczołowa zanikała w stopniu niejednakowym. W trzustkach z tkanką gruczołową lepiej zachowaną zwoje nerwowe były mało zmienione. Niektóre trzustki lub ich części zanikały wybitnie, tak, że w tkance łącznej zwłókniałej leżały zraziki zanikające, rozszerzone przewody wydzielnicze i skupienia komórkowe, podobne do wysepek Langerhansa. Zwoje nerwowe znajdowały się tylko w tkance łącznej zwłókniałej. Zwoje te były nieraz w całości dobrze utrzymane. Do niektórych zwojów wrastała natomiast tkanka łączna i rozdzielała komórki nerwowe, ulegające powolnemu zanikowi. W zwojach zachowanych mniejsza część komórek nerwowych była zmieniona piknotycznie. Inne komórki nerwowe były różnej wielkości, a niektóre z nich były znacznie zmniejszone i zniekształcone, z substancją Nissla pod postacią pyłku, siatki i ziarenek; rzadko tygroid miał postać grudek. Dookoła zmienionych komórek nerwowych rozrastały się komórki torebkowe.

Trzeba zaznaczyć, że w wielu miejscach zupełnie oddzielone komórki nerwowe zachowały dobrze swe wypustki i były oplecione włókienkami nerwowemi. Nadto w tkance łącznej zwłókniałej stwierdzano wszędzie pasma nerwowe, złożone z delikatnych cieniutkich włókienek osiowych. Rzadziej były one skłębione, nierównej grubości, a wśród nich znajdowały się włókienka znacznie zgrubiałe lub mające wrzecionowate i kolbkowate wzdęcia.

Z badań tych dochodzi autor do wniosku, że aparat nerwowy trzustki jest znacznie odporny na działanie czynnika, wywołującego ostrą martwicę trzustki. W okresach późniejszych znaczna część zwojów nerwowych zachowuje się w całości, i to nawet w trzustkach z wybitnym zanikiem tkanki gruczołowej.

Czł. Loth przedstawia pracę dra J. Stopczyka p. t. *O częstości występowania i zmienności mięśnia usznego przedniego.*

Wobec stwierdzonego u ras kolorowych pozaeuropejskich częstego braku mięśnia usznego przedniego, którego brakuje również w rzadkich przypadkach u ludzi białych, zbadał autor zmienność tego mięśnia na serji 100 osobników polskich.

Wynikiem tej pracy jest stwierdzenie, że mięsień uszny przedni w postaci dobrze wyodrębnionej występuje u nas w 87% przypadków.

Poza tem autor omawia wszystkie mogące zachodzić odmiany oraz formy mięśnia naczaszno-ciemieniowo-skroniowego *(m. epicranio-parieto-temporalis).*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 8 października 1930 roku.

Obecnych członków T-wa 35, członek honorowy T-wa Lekarskiego Kol. Starkiewicz i 5 gości.

Kol. Zamieński demonstruje przypadki leczonych sztuczną odmą z bardzo dobrym wynikiem, oraz kilkanaście klisz rentgenowskich klatki piersiowej pacjentów z oddziału sztucznej odmy, zdjętych przed leczeniem i po leczeniu.

Kol. Suchodolski zagajając zebranie, wita serdecznie przybyłego z Górki — Buska Kol. Starkiewicza, wspominając o okresie ożywienia w T-wie Lekarskiem Zagłębia Dąbrowskiego za czasów Jego sekretarstwa, a potem wiceprezesostwa za czasów okupacji niemieckiej podczas wielkiej wojny, podnosi wysokie Jego zalety, jako lekarza i obywatela kraju, oraz wielkie umiłowanie zawodu swego lekarskiego, jak również niezwykłą miłość, jaką otaczał swoich małych pacjentów — zalety, które poprowadziły Go do powzięcia planu budowy sanatorjum dla dzieci i wykonania go na użytek najszerszych warstw społeczeństwa, — wkońcu wręcza Mu dyplom członka honorowego T-wa.

Kol. Starkiewicz w odpowiedzi dziękuje za zaszczyt mianowania Go członkiem honorowym T-wa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego, mówi o zbiorowej pracy społeczeństwa polskiego przy budowie sanatorjum w Górce i podaje w krótkości historję budowy.

Kol. Suchodolski: odczytuje telegram od Kol. Rożkowskiego z Częstochowy i list Kol. Rydera, przyłączających się do hołdu dla Kol. Starkiewicza.

Kol. Zamieński wygłasza referat p. t. „Terapja gruźlicy płuc w ciągu ostatnich paru lat", oraz demonstruje chorych leczonych sztuczną odmą na oddziale płucnym szpitala sieleckiego.

Do demonstracji wybrane zostały wypadki gruźlicy płuc rozklasyfikowane według zmian patologo-anatomicznych postaci naciekowej, naciekowo-rozpadowej, łączno-tkankowo-naciekowej i postaci jamistej.

Jednocześnie jeden wypadek z dodatnim wynikiem po wycięciu nerwu przeponowego (*phrenicoexhairesis dextr.*) wykonany po wycięciu przez Dr. Trawińskiego. Z referatu wynika, iż w ciągu ostatnich kilkunastu lat terapja gruźlicy płuc wchodzi na tory radykalnego postępowania, pierwszym zabiegiem jest odma sztuczna, po niej zaś następują: *phrenicoexhairesis, apicolysis, pneumolysis oleothorax*, torakoskopja i torakoplastyka.

Prawie wszystkie zabiegi te mają na celu zmniejszenie objętości i unieruchomienie chorego płuca.

Omawiając szczegółowo wszystkie wymienione zabiegi Kol. Zamieński zwraca specjalną uwagę na stosowanie odmy piersiowej. Główną jednak doniosłość w ocenie owych zabiegów, według Kol. Zamieńskiego, stanowią ścisłe wskazania i przeciwwskazania przy kwalifikowaniu chorych do tych zabiegów.

W krótkiej dyskusji zabierają głos: Kol. Starzyński, Witkowski, Kotarski.

Kol. Starzyński wygłasza referat: Kilka słów z patologji gruźlicy.

Kol. Nasiłowski składa sprawozdanie ze zjazdu delegatów w Górce.

Kol. Starkiewicz mówi o planach nauczania dzieci leczonych w Sanatorjum w Górce, oraz apeluje do Kolegów o poparcie tej tak koniecznej placówki leczniczej przez skierowywanie dzieci chronicznie chorych do Sanatorjum.

Na tem zebranie naukowe zakończono.

Po zebraniu odbyło się przyjęcie w Lokalu Towarzystwa.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 29. października 1930 r.

Obecnych członków T-wa 23, gości 6.

Kol. Lipski demonstruje pacjenta po wycięciu 1/3 krzywizny małej z powodu wrzodu żołądka ze zrostami z trzustką.

Drugiego po *gastroenterostomia posterior*, operowanego z powodu wrzodu żołądka z bardzo silnemi krwotokami, u którego po operacji wystąpiła czasowa *hemiplegia* i *acetonuria*.

Trzeciego po operacji wrzodu dwunastnicy.

W krótkiej dyskusji zabierają głos: Kol. Suchodolski, Trawiński i Kol. Puterman, który zapytuje czy *hemiplegia* u osobnika operowanego nie była na tle kiły, będącego często przyczyną spraw wrzodowych przewodu pokarmowego.

W dalszym ciągu Kol. Puterman uważa, że owrzodzenia żołądka są wyrazem skazy wrzodowej z powodu przekwaszenia tkanek, więc zabieg chirurgiczny jest *malum necessarium* w grożących krwotokach, a podstawowe leczenie powinno spoczywać w rękach internisty.

Kol. Lipski w odpowiedzi zaznacza, że ciężki stan chorych wymagał natychmiastowej interwencji chirurgicznej.

Kol. Trawiński pokazuje chorego, u którego po zwykłej operacji przepukliny pachwinowej nastąpiło groźne powikłanie. Choć rana operacyjna zagoiła się doraźnie, wystąpiło zapalenie żyły kończyny górnej oraz ropnica z 11 przerzutowemi ropieniami, które kolejno ponacinano. Po zastosowaniu szczepionki własnej z ropy, w której była czysta kultura paciorkowca, nastąpiła poprawa, chory wyzdrowiał. Krew badana była jałowa.

W dyskusji poruszono punkt wyjścia infekcji jak: angina, zastawki serca oraz zakażenie oralne wobec złego stanu uzębienia pacjenta, o czem wspomina Kol. Puterman.

W dalszym ciągu Kol. Trawiński omawia leczenie przy powikłanych złamaniach kości podudzia. Uszkodzenia skórne, rany dodatkowe, ropowice uniemożliwiają założenie opatrunku gipsowego oraz wyciągu i t. p.

W 3-ch podanych przypadkach kończyny umieszczono w szynie i zajęto się leczeniem ran i obrażeń zewnętrznych. Po 6—7 tygodniach, gdy rany dobrze się podgoiły i po dłuższym okresie bezgorączkowym, dokonano krwawego nastawienia i założono szwy kostne jedwabne, które z czasem usunięto. Przebieg pooperacyjny dobry, wyleczenie z dobrem ustawieniem odłamków, jak to wskazuje zdjęcie rentgeniczne, dokonane przed i po operacji u 3-ch chorych.

W 4-tym przypadku złamania powikłanego, ponieważ chory przybył do szpitala niezwłocznie, dokonano pierwotnego wycięcia i zeszycia rany, tworząc warunki jak przy złamaniu zamkniętem, po pewnym czasie założono szew kostny z bardzo dobrym wynikiem.

Dalej pokazuje 2-ch chorych w 1 miesiąc po zeszyciu złamanych rzepek. Ruchy wróciły niemal w zupełności, dzięki wczesnemu prowadzeniu ćwiczeń.

Następnie kol. Trawiński demonstruje chorego po zeszyciu oderwanego wyrostka łokcia. Nastąpiła całkowita *restitutio ad integrum*.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Suchodolski, Kotarski, Ryder, Zale, oraz kol. Benzef, który wspomina o stosowaniu płynu Carel-Denina, co znacznie przyśpiesza czas leczenia skomplikowanych ran.

Kol. Ficeues demonstruje 2 preparaty macic wyciętych nadpochwowo z powodu samoistnego pęknięcia podczas porodu u wieloródek, gdzie nie można było stwierdzić przyczyny pęknięcia.

Dalej 1 preparat macicy usuniętej z powodu sztucznego przebicia podczas skrobanki, wykonanej z racji poronienia w 6 tygodniu ciąży. W przypadku tym uszkodzono również prostnicę. Chora opuściła szpital po 2 tygodniach jako zdrowa.

W krótkiej dyskusji omawiano sprawę niebezpieczeństwa sondowania macicy.

Kol. Bianicki przedstawia chłopca 20-letniego z typowym infantylizmem.

Kol. Puterman uważa ten przypadek za *myx-infantilismus* w zależności od zaburzeń wielogruczołowych, gdzie badania rentgenologiczne wykazują wybitne zmiany nasad kostnych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. *Sztuka*, sekretarz. Prezes: Dr. *Suchodolski*.

Związek Przeciwweneryczny.

Protokół Nr. 15 posiedzenia Zarządu z dnia 12-go marca 1931 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Krzyształowicz.

Obecni: Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Major Dr. Marjan Wowkonowicz, Dr. Jerzy Reise, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 30 stycznia 1931 r.

2) Przyjęto do Związku Przeciwwenerycznego w charakterze członków Magistrat m. Stanisławowa oraz Wydział Powiatowy Sejmiku w Mołodecznie. Wysokość składki członkowskiej Wydziału Powiatowego Sejmiku w Mołodecznie została zatwierdzona ostatecznie w wysokości zadeklarowanej, czyli pięćdziesiąt złotych rocznie, natomiast wysokość składki członkowskiej zadeklarowanej przez Magistrat m. Stanisławowa w wysokości zł. pięćdziesięciu rocznie została zatwierdzona tylko na okres roku 1931.

3) W związku z memorjałem Oddziału Wileńskiego Polskiego Towarzystwa Eugenicznego z dn. 13. II. 1931 r., uchwalono zapoznać się na miejscu ze stanem walki z chorobami wenerycznemi na terenie m. Wilna przez swego delegata.

4) Podanie Magistratu m. Włocławka z dn. 25. II. 31 r. o zapomogę uchwalono odłożyć ze względu na wyczerpanie kredytów do przyszłego roku budżetowego.

5) Uchwalono zwołać Walne Zebranie Delegatów Związku Przeciwwenerycznego na dzień 23 maja 1931 r., o godz. 9 rano w gmachu Kliniki Dermatologicznej w Warszawie, (Koszykowa 82 A) z następującym porządkiem obrad:

1) Zagajenie Zebrania przez przewodniczącego,
2) Wybór przewodniczącego i sekretarza Walnego Zebrania,
3) Odczytanie protokołu z poprzedniego Walnego Zebrania,
4) Sprawozdanie z działalności Zarządu w r. 1930/31,
5) Sprawozdanie kasowe,
6) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej,
7) Plan działalności na rok 1931/32,
8) Przedłożenie preliminarza budżetowego na r. 1931/32,
9) Wybór Zarządu i Komisji Rewizyjnej,
10) Wolne wnioski.

Sekretarz: *Dr. W. Borkowski.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Prof. Dr. Stanisław Szczepan ZALESKI.

Wspomnienie pośmiertne[1]) podał Prof. Dr. Zd. Sowiński.

Prof. Dr. Stanisław Szczepan Zaleski urodził się w Warszawie dnia 3-go sierpnia 1858 r.

Początkowo uczył się w domu, w r. 1872 wstąpił do klasy piątej VI gimnazjum w Warszawie, które ukończył w roku 1876 i po ukończeniu wstąpił do Uniwersytetu Warszawskiego na Wydział Lekarski. Podczas studjów Uniwersyteckich otrzymał dwukrotnie nagrodę z Uniwersytetu za prace naukowe; na kursie piątym pełnił obowiązki asystenta na klinice chirurgicznej. W roku 1880-ym za pracę konkursową pod tytułem: „Sprawdzenie doświadczeń Bonnet'a na stawach biodrowym i kolanowym" został nagrodzony medalem złotym.



W 1881 r. ukończył wydział lekarski *cum eximia laude;* w roku 1886 po obronie rozprawy pod tytułem „Żelazo wątroby" uzyskał w tymże Uniwersytecie stopień doktora medycyny.

Propozycję Prof. Tejchmana, który powoływał go do Uniwersytetu w Krakowie na prosektora anatomji, oraz propozycję prof. Jefremowskiego w Uniwersytecie Warszawskim na objęcie stanowiska asystenta przy klinice chirurgicznej, odrzuca, gdyż ma upodobanie do chemji. W tym też celu udaje się do Uniwersytetu w Dorpacie, który w owych czasach posiadał wybitne siły profesorskie. Byli tam: prof. Szmit Karol (chemja ogólna i biologiczna), Lemberg (chemja minerałów i analityczna, geologja chemiczna), Bunge Gustaw (chemja fizjologiczna i patologiczna), Arthur von Ettingen (fizyka) i Weirauch (meteorologja i geografja fizyczna). Przesłuchał kurs nauk chemicznych na Wydziale fizyko-matematycznym Uniwersytetu w Dorpacie, a w roku 1883 został mianowany asystentem przy katedrze farmakologji i chemji patologicznej przy prof. Gansie Mejerze, którego później zastąpił prof. Kobert.

W roku 1885 Senat Instytutu Weterynaryjnego w Dorpacie mianował go jednogłośnie docentem na katedrze chemji fizjologicznej, klimatologji i mineralogji, którą opuścił prof. Karol Szmit.

W roku 1888-ym na wniosek prof. Karola Szmita, prof. Aleksandra Szmita znanego fizjologa, i ówczesnego rektora, prof. Koberta, akademika Trappa i prof. Ejchwalda został powołany na profesora zwyczajnego chemji ogólnej i lekarskiej do Uniwersytetu w Tomsku, gdzie urządził niezbędne pracownie, których młody ten Uniwersytet jeszcze nie posiadał. Jednocześnie miał polecenie wykładać chemję nieorganiczną, organiczną i fizjologiczną.

Oprócz chemji prof. Zaleski interesował się żywo fizjografją Syberji i balneologją wogóle, i dał się poznać, jako jeden z najwybitniejszych balneologów. W czasie pobytu swego w Tomsku, jako prof. chemji, a później, jako członek komitetu naukowego Ministerstwa Rolnictwa, prof. Zaleski dokonał pierwszych badań chemiczno-geologiczno-klimatycznych jeziora Ingol, jeziora Szyra, Tagarskiego, Karaczyńskiego, Szuszeta, źródeł Biełokurichy i jezior Czany i Kułunda. Prace te cechowała niezwykła sumienność naukowa prof. Zaleskiego i umiejętność organizacji badań w terenie, co znalazło należytą ocenę Komitetu Naczelnego Wystawy Balneologicznej w Spa.

Prace prof. Zaleskiego w 1895 r. nad badaniem przyczyn zmian tektonicznych w kotlinie słonych jezior w Sławiańsku, oraz procesów kwasowęglowych w znanem źródle „Narzan" w Kisłowodsku uratowały te cenne dla celów leczniczych i przemysłowych źródła od zupełnej zagłady, za pracę przy źródle „Narzan", która trwała na miejscu siedem miesięcy, otrzymał nagrodę carską. Badania jego w Kobi, Maceście (okolice Soczi), Kraśnej Polanie i Engelmanowskiem uroczyszczu wykryły nowe, niezwykle potężne i obfite źródła o wartości balneologicznej na Kaukazie. Badania w Borżomie przyczyniły się do zapobieżenia zmian składu chemicznego tych cennych źródeł leczniczych. Wreszcie badał źródła w Essentukach (Kaukaz).

Wszystkich ekspedycyj naukowych, w których brał on udział, przeliczyć nie sposób. Był on również pierwszym, który zastosował w Rosji przy badaniach balneologicznych wód — metody radjometryczne.

W roku 1897 został powołany na katedrę chemji ogólnej, analitycznej i fizjologicznej, w charakterze profesora zwyczajnego, do Instytutu Lekarskiego Kobiecego w Petersburgu, gdzie pozostawał do roku 1901.

W roku 1903 Rada Miejska m. Sławiańska powołała go na Dyrektora znanego uzdrowiska w Sławiańsku. Był jako delegat Ministerstwa Oświecenia Publicznego w ciągu pięciu miesięcy na Międzynarodowej Wystawie w Paryżu celem szczegółowego zapoznania się z sanitarją tamtejszą i higjeną szkół handlowych.

W 1903 roku był delegowany do Wschodniej Syberji i Mandżurji, celem zbadania szeregu źródeł mineralnych. Badania te miały doniosłe znaczenie państwowe.

Cesarska Akademja Nauk w Petersburgu za prace z dziedziny klimatologji i geografji fizycznej nadała mu tytuł korespondenta Głównego Obserwatorjum fizycznego. Był rzeczywistym członkiem szeregu Towarzystw naukowych rosyjskich i polskich — oraz korespondentem Towarzystw zagranicznych.

Pozostawił po sobie z górą 100 prac drukowanych, nietylko w języku rosyjskim, lecz w języku polskim, francuskim i niemieckim.

Wybitny, nadzwyczaj pomysłowy i ścisły analityk znakomitej szkoły Frezeniusa i Karola Szmita, prof. Zaleski bardzo prędko zdobył sławę uczonego.

Będąc przedstawicielem instytucyj naukowych i rządowych na kongresach zagranicznych, prof. Zaleski wzbudził w Europie wielkie zainteresowanie nieprzebranemi bogactwami balneologicznemi Rosji, a jednak pozostał zawsze Polakiem i polskość swoją zawsze i wszędzie śmiało zaznaczał. W Petersburgu zorganizował Związek Polski lekarzy i przyrodników, który liczył z górą 500 członków, i miał 5 sekcyj: lekarską, przyrodniczą, techniczną, farmaceutyczną i odontologiczną.

Podczas wojny światowej przyczynił się energją, wiedzą i stosunkami do założenia Szpitala Polskiego dla rannych żołnierzy Polaków. Oprócz tego był członkiem Komitetu redakcyj-

---

[1]) Wspomnienie niniejsze wygłoszono na walnem Zgromadzeniu „Związku Polskiego lekarzy i przyrodników" (przedtem w Petersburgu) w dniu 18 marca 1931 roku.

nego pisma polskiego „Dziennik Petersburski", który był orjentacji niepodległościowej.

Przechodząc do jego działalności na terenie Związku Polskiego lekarzy i przyrodników, ograniczę się do zaznaczenia, że był on jednym z założycieli Związku, był jego duszą, której brak dawał się później dotkliwie odczuwać. Cały okres istnienia Związku był nierozerwalnie związany z jego osobą. Bibljografja „Związku Polskiego lekarzy i przyrodników" — będzie stanowiła tylko wtedy całość i będzie rzeczywistym odbiciem całej jego działalności dotychczasowej, o ile będzie uwypuklona osoba tego, który całem sercem poświęcił się tej bezinteresownej pracy, zapominając niekiedy o sprawach osobistych. To też Związek obrał go nietylko członkiem honorowym Związku, lecz i członkiem Rady Związku.

Pracować i umrzeć na polskiej ziemi ojczystej, wolnej i świetnej, było marzeniem zmarłego. Ziściło się to marzenie, lecz niestety na krótko. Powróciwszy z Rosji sowieckiej w roku 1920, sterany, wygłodzony i chory gorliwie jednak przygotowywał się do pracy dla Ojczyzny.

Gdy bolszewicy ciągnęli na Warszawę, zorganizował w Nieszawie oddział sanitarny i w bitwach pod ogniem niósł, jako lekarz, pomoc naszym rannym bohaterom.

Przewodniczył na pierwszem walnem Zgromadzeniu Związku już na ziemi Ojczystej, które odbyło się w Warszawie w dniu 3 kwietnia 1921 r. i gorąco nawoływał obecnych, aby nie zwijać tej zasłużonej placówki naukowo-społecznej polskiej.

Wkrótce jednak zachorował ciężko i po długich cierpieniach rozstał się z nami i ze światem. Zmarł w Warszawie dnia 12 lipca 1923 r., mając lat 65.

Dnia 14 lipca 1923 roku w grobie rodzinnym zostały złożone szczątki nieodżałowanej pamięci prof. Stanisława Zaleskiego. Najbliższa rodzina i grono współpracowników i b. uczniów zmarłego odprowadziło kondukt żałobny na Powązki. Na cmentarzu prof. Dr. Zd. Sowiński w imieniu „Związku Polskiego lekarzy i przyrodników" i prof. Fr. A. Ossendowski wygłosili przemówienia, charakteryzujące zmarłego, jako uczonego, obywatela i człowieka. Związek poniósł niepowetowaną stratę. Odszedł jeden z tych, co w pamięci naszej na obczyźnie zapisał swą działalność, jako prawdziwy Polak, złotemi zgłoskami.

Cześć Jego pamięci! Niech Mu ta ziemia polska, do której rwał się, jako prawy syn, zasłużony dla sprawy polskiej na obczyźnie, nieugięty bojownik, ze szpiku i kości Polak, będzie lekką.

Sit tibi terra levis.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 26-go maja 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. 1. A. Stępowska: Zaburzenia oddechowe w przebiegu jąkania z uwzględnieniem badań elektrycznych: n. phrenicus i przepony (Chronaxie). 2. A. Huszcza: Odczyny biologiczne krwi na zmiany ciśnienia atmosferycznego.

Polski Komitet do zw. raka. Ostatnio nadeszło 50 mlgr radu, przeznaczone dla Kliniki Położniczej Uniwersytetu Warsz. W ten sposób Komitet do zw. raka posiada obecnie własnych 150 mlgr. radu.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. kwiecień 1931 r. — W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia: zwolnieni: Dr. Legeżyński Michał, prow. asystent VIII st. sł. w Filji Państwowego Zakładu Higjeny we Lwowie, na własną prośbę z dniem 30. IV. 31, dekretem z dnia 24. IV. 1931 r. — We Władzach II instancji: mianowani: Dr. Dobrowolski Jan, pom. inspektora lekarskiego w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Łódzkim w Łodzi, inspektorem lekarskim w dotychczasowym st. sł. w tymże urzędzie, dekretem z dnia 10. IV. 1931 r. — zwolnieni: Wójcik Józef, prow. referendarz w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, na własną prośbę z dniem 30. IV. 1931 r. dekretem z dnia 29. IV. 1931 r. — przeniesieni na emeryturę: Dr. Wierzbowski Władysław, inspektor lekarski w VI. st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Warszawskim na własną prośbę z dniem 30. IV. 1931 r. dekretem z dnia 10. IV. 1931 r. — We Władzach I instancji: zwolnieni: Dr. Orzechowski Konrad, lekarz powiatowy w VI. st. sł. w Starostwie powiatowem warszawskiem, na własną prośbę z dniem 31. III. 1931 r. — przeniesieni: Dr. Wójcikiewicz Józef, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem zbaraskiem, na własną prośbę na takież stanowisko i w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Starostwa powiatowego sokalskiego, dekretem z dnia 21. IV. 1931 r. — przeniesieni na emeryturę: Dr. Łuiski Franciszek, lekarz powiatowy w VI. st. sł. w Starostwie powiatowem w Czarnkowie, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej z dniem 31. V. 1931 r., dekretem z dnia 30. IV. 1931 roku.

Komunikat Zarządu Pol. T-wa Pedjatrycznego w sprawie Nadzwyczajnego Ogólnego Zebrania Pol. T-wa we Lwowie, w dniu 26 maja r. b. Wobec znacznego rozwoju, T-wa które poza oddziałem macierzystym w Warszawie posiada obecnie oddziały w Łodzi, we Lwowie, w Poznaniu i w Wilnie, i wobec konieczności ściślejszego zespolenia T-wa w jedną całość, na posiedzeniu przewodniczących wszystkich oddziałów podczas ostatniego Zjazdu w Wilnie zapadła uchwała, ażeby zmienić obecną Ustawę T-wa i stworzyć Zarząd Główny, wybierany na Walnych Zgromadzeniach członków wszystkich oddziałów, odbywać się mających podczas Zjazdów Naukowych T-wa. W myśl powyższego Zarząd Pol. T-wa Pedjatrycznego, opierając się ściśle na Ustawie dotychczasowej i biorąc pod uwagę projekt, nadesłany przez Prof. Groera, opracował zmiany, konieczne dla nowej Organizacji T-wa. Zgodnie z Ustawą dotąd obowiązującą: § 27 — Prezes Zarządu T-wa otwiera, prowadzi i zamyka Ogólne Zebrania członków T-wa. § 39 — W sprawie zmian w Ustawie prawo głosu mają tylko członkowie czynni T-wa. § 40 — Nadzwyczajne Zebrania Ogólne zwołuje Zarząd T-wa. § 41 — Zarząd zawiadamia o tem przez ogłoszenie w pismach na tydzień przed terminem z podaniem porządku dziennego. § 43 — Zebranie jest prawomocne bez względu na liczbę obecnych. § 44 — Uchwały zapadają prostą większością głosów. — Zgodnie z powyższem Zarząd Pol. T-wa Pedjatrycznego zwołuje Nadzwyczajne Ogólne Zebranie członków T-wa do Lwowa na dzień 26 maja r. b. z następującym porządkiem dziennym: 1 — Zmiana Ustawy T-wa. 2 — Wybór Zarządu Głównego. 3 — Wybór Komisji Rewizyjnej. Ze względu na niezwykłą doniosłość dla przyszłości naszego T-wa uchwał, mających zapaść na zebraniu powyższem, Zarząd Pol. T-wa Pedjatrycznego zwraca się z gorącem wezwaniem do wszystkich członków T-wa o jak najliczniejszy udział w Zjeździe we Lwowie. Komitet organizacyjny komunikuje, iż uczestnicy Zebrania mają zapewnione zniżki kolejowe 50% w drodze powrotnej. O zniżki należy zwracać się na miejscu do organizatorów.

Uczczenie zasług kol. Dra A. Puławskiego. Dnia 26 kwietnia 1931 r. odbyło się w Szp. Dzieciątka Jezus uroczyste posiedzenie pod przewodnictwem Ordynatora Dr. B. Grzankowskiego dla uczczenia zasług, ustępującego Lekarza Naczelnego, Dr. Arkadjusza Puławskiego. Ocenę Jego zasług na polu naukowem oraz działalności społeczno-lekarskiej dał szereg mówców: Dr. W. Starkiewicz w imieniu ordynatorów Szpitala, pr. A. Leśniowski od Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, Dr. K. Górski z ramienia asystentów i Dr. W. Goździcki jako sekretarz Posiedzeń Klinicznych i wydawnictwa „Pamiętnika Klinicznego Szp. Dz. Jezus". Poza tą uroczystością wyrazem uznania i czci dla ustępującego Naczelnego Lekarza będzie zbiorowe wydawnictwo specjalnego numeru „Medycyny", oraz zbiorowa fotografja lekarzy pracujących w szpitalu, którym Dr. Puławski kierował przez długie lata z największem oddaniem i wielkim nakładem pracy.

Mianowanie Lekarzy. Na wakujące dwa stanowiska ordynatorów oddziałów chirurgicznych w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie powołani zostali: dr. Aleksander Ambroziewicz i doc. dr. Bronisław Szerszyński. W warszawskim szpitalu św. Łazarza ordynatorem oddziału skórno-wenerycznego dla nieletnich został mianowany dr. Bohdan Michałowski, oddziału zaś dla przymusowo leczonych doc. dr. Stan. Kapuściński.

Kraków.

Tow. Popierania Nauk Farmaceutycznych w Krakowie. W sobotę dnia 9 maja 1931 r. odbyło się o godzinie 17-ej w lokalu Gremjum Aptekarzy Małopolski Zachodniej w Krakowie Walne Zebranie członków nowozałożonego Towarzystwa Popierania Nauk farmaceutycznych, na którem dokonano wyboru Prezesa i Wiceprezesa oraz członków Wydziału i komisji kontrolującej. Godność Prezesa Towarzystwa przyjął Pan prof. U. J. Dr. Tadeusz Estreicher, wiceprezes Pan Edmund Baranowski.

właściciel apteki w Hajdukach Wielkich w Wojew. śląskiem. Sekretarzem wybrany został Pan prof. U. J. Dr. Marek Gatty-Kostyal, skarbnikiem Pan Henryk David, współwłaściciel apteki w Krakowie, innymi członkami Wydziału wybrani zostali P. Stefan Rydel, właściciel apteki w Krakowie i wiceprezes Gremjum Aptekarzy Małopolski Zachodniej, P. Jan Zagórski, właściciel apteki w Katowicach z ramienia Związku aptekarzy śląskich, P. Wiktor Sechacki z ramienia Związku Zawodowego Farmaceutów Pracowników R. P. i P. Franciszek Sianko, inspektor farmaceutyczny Wojew. krakowskiego. Oprócz tego przyznano Kołu Farmaceutów U. J. uprawnienie wysłania delegata na posiedzenia Wydziału, bez prawa głosowania. Komisję rewizyjną stanowią P. P. Karol Berger i Tadeusz Oświęcimski, obaj właściciele aptek oraz Hugo Muthsam, em. inspektor farmaceut. Wojew. krakowskiego. Celem Towarzystwa jest popieranie i rozwój nauki polskiej w zakresie farmacji. Siedzibą Towarzystwa jest Kraków, a lokal mieści się przy ul. Grodzkiej Nr. 26, m. I. W tem nowem Towarzystwie zespolone zostały wszystkie odłamy pracowników na niwie farmaceutycznej, a więc na czele nauka, następnie reprezentowana jest państw. władza nadzorcza, właściciele aptek, pracownicy i studenci, uczniowie U. Jagiell. i to nietylko z Województwa krakowskiego lecz także śląskiego. Można to uważać za bardzo korzystną wróżbę dla wyników pracy około dobra całej farmacji.

Lwów.

Okręgowy Związek Kas chorych we Lwowie. L. 19288/LN/30. Przedmiot: leczenie chorych rakowych. We Lwowie, dnia 3 grudnia 1930 r. Okólnik Nr. 47. Do P. T. Zarządów i P. P. Komisarzy wszystkich Kas chorych, zrzeszonych w tut. Związku. Największa po gruźlicy plaga wszystkich społeczeństw,-rak, przybiera w Polsce coraz groźniejsze rozmiary, do czego w dużej mierze przyczynia się niski poziom kultury wschodnich połaci naszego kraju, których ludność w przeciwieństwie do społeczeństw Zachodu, nietylko nie współdziała z lekarzem, lecz utrudnia mu w wysokim stopniu walkę z chorobą i ciemnotą. W zrozumieniu tego groźnego stanu zaleca Główny Urząd Ubezpieczeń prowadzenie dokładnej ewidencji przypadków rakowych, — a Księgi Instytutu Przeciwrakowego mają dać obraz tej walki ze złem, przeprowadzanej jak najbardziej intensywnie i celowo w całym kraju. Należałoby sobie życzyć, by zwłaszcza instytucje lekarskie przedewszystkiem zrozumiały i odczuły intencje władz i poparły jak najofiarniej wszelką akcję przeciwrakową. Jasnem jest, że akcja taka, jeśli ma przynieść trwałe owoce, przeprowadzona być musi jednolicie i planowo, czego gwarancję dać może tylko tworzenie większych jej Ośrodków. Uważamy, że takim ośrodkiem przeciwrakowym na terenie Kas chorych, winien być w pierwszym rzędzie Okr. Związek Kas chorych, który w tym celu prowadzi specjalną ewidencję chorych na raka i wszelkich zabiegów leczniczych u nich stosowanych. Zdarza się jednak coraz częściej, że zarządy miejscowych Kas chorych odmawiają pacjentom, leczonym już poprzednio w Związku, prawa przyjazdu do kontroli, względnie nawet usiłują dalszy ciąg leczenia energją promieniotwórczą przeprowadzać w własnym zarządzie. Takie traktowanie sprawy sprzeciwia się wyraźnie dobru chorych i przekreśla niejednokrotnie dodatnie wyniki rozpoczętego leczenia, uniemożliwiając kontrolę przebiegu sprawy chorobowej przez specjalistę, który to leczenie rozpoczął wedle z góry powziętego planu. Sprawa dalszego traktowania chorych Rentgenem czy radem w odnośnej Kasie jest błędem w sztuce, wykracza bowiem przeciw kardynalnej zasadzie radjoterapji, która wymaga bezwzględnie przeprowadzenia całej kuracji przez jednego i tego samego rentgenologa — każdy z nich bowiem posługuje się sobie właściwą metodą naświetlań. Opierając się na powyższych wywodach, Okr. Związek Kas chorych zwraca się do Zarządów wzgl. P. P. Komisarzy Powiatowych Kas chorych z niemniej gorącą, jak stanowczą prośbą, by w interesie rzesz ubezpieczonych poparli stanowisko Związku w tej sprawie tak co do kontroli, jakoteż co do leczenia chorych rakowych. Okręgowy Związek Kas chorych we Lwowie prosi również o to, by w przypadkach nowotworów złośliwych, w pierwszym rzędzie raka — mógł ubezpieczony względnie członek jego rodziny uzyskać łatwiej, jak dotąd zezwolenie na przekroczenie ustawowej ilości tygodni leczenia. Leczenie bowiem tych chorób wymaga, jak wiadomo, szeregu lat, a że chodzi tu w przeważnej liczbie przypadków nie o powtórzenie zabiegów leczniczych, a jedynie tylko o samą kontrolę chorych, — to nie obciąży to wcale wydatków Kas chorych w stopniu znaczniejszym, tembardziej, że kierownictwo Okr. Związku Kas chorych dołoży wszelkich starań, ażeby chorych na raka przysłanych do kontroli załatwić w czasie możliwie jak najkrótszym (możliwie 1—2 dni). p. o. Komisarza Okr. Zw. K. ch. we Lwowie: *Dr. Jan Szumski.*

Z kraju.

Zrzeszenie Dyrektorów Sanatorjów przeciwgruźliczych o charakterze społecznym. Sekcje Związku Lekarzy Państwa Polskiego. IV. Ogólne Zebranie członków Zrzeszenia odbędzie się w dniach 5 i 6 czerwca 1931 r. w Górce przy zdroju w Busku (Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dra med. Rektora J. Brudzińskiego), na które Zarząd uprzejmie zaprasza członków, stałych i kandydatów na członków. Początek obrad o godz. 10. rano w dniu 5 czerwca 1931 r. Porządek obrad: 1) Zagajenie Zebrania — prezes Zrzeszenia. 2) Powitanie zebranych — Gospodarz Zjazdu kol. Sz. Starkiewicz. 3) Wybór Przewodniczącego Zebrania. 4) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego Ogólnego Zebrania. 5) Sprawozdanie Zarządu i Delegatów Okręgowych. 6) Przyjęcie ujednostajnionego „znakowania objawów płucnych na schematach“, jako obowiązującego dla zrzeszonych sanatorjów. 7) Sprawa mianownictwa naukowego w gruźlicy płuc. 8) Zwiedzanie kolonji Leczniczej Dziecięcej, oraz sprawozdanie jej Dyrektora (w myśl § 21. Regulaminu Zrzeszenia) — kol. Sz. Starkiewicz. 9) Zwiedzenie Państwowego Zakładu Kąpielowego przy Zdroju w Busku. 10) O typach sanatorjów przeciwgruźliczych i o pseudosanatorjach — referat kol. M. Stareniewicza. 11) Sprawa oficjalnego udziału Zrzeszenia w IV. Zjeździe przeciwgruźliczym (Zakopane, we wrześniu 1931). 12) Wybór miejsca i terminu następnego Zebrania Ogólnego. 13) Wolne wnioski. 14) Zamknięcie Zebrania.

Zjazd Higjenistów Polskich Miast i Wsi. Komitet Organizacyjny Zjazdu Higjenistów Polskich Miast i Wsi, który się odbędzie w dniu 21 i 22 czerwca b. r. w Gdyni, poczynił starania w celu zapewnienia uczestnikom Zjazdu kwater w Gdyni. Mimo rozpoczynającego się właśnie w tym czasie sezonu kąpielowego, udało się Komitetowi Gospodarczemu Zjazdu zarezerwować w hotelu około 300 kwater po stosunkowo niskich cenach (od 4 do 10 zł za łóżko). W celu zapewnienia sobie kwater, uczestnicy Zjazdu winni przed 10 czerwca zgłosić zamówienia i zadatek do Komitetu Gospodarczego Zjazdu w Gdyni (Starostwo Grodzkie). Zgłoszenia na Zjazd i wszelkich informacji o Zjeździe udziela Komitet Organizacyjny Warszawa — Karowa 31 tel. 66346.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 14 od 29/III do 4 IV 1931 r.		Tydzień 15 od 5—11 IV 1931 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—
Dur brzuszny	105	8	113	6
Paradury	—	—	—	—
Dur plamisty	82	4	93	8
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	1	—	1	—
Płonica	273	9	257	16
Błonica	208	21	211	18
Zap. op. mózg. (nagminne)	20	5	18	6
Odra	477	11	184	13
Róża	62	4	68	4
Krztusiec	43	8	70	13
Zimnica	3	—	1	—
Gorączka połogowa	25	4	23	9
Trąd	—	—	—	—
Jaglica	297	—	183	—
Wąglik	1	—	1	—
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	6	—	—	—
Wścieklizna	—	—	—	3
Zatrucie mięsne	7	—	—	—
Choroba Heine Medina	1	—	—	—
Twardziel	1	—	6	—
Inne choroby zakaźne	91	6	70	3

Redakcja otrzymała.

W. Mikulowski „Przyczynki do kliniki t. zw. wymiotów nawykowych u dziecka“. Odb. z Medycyny nr. 8, z r. 1931.

„Mejdounarodnaja Kniga“. Section des livres anciens. Leningrad. 1931.

Pratique médico-chirurgicale, Tomes V et VI. Masson et Cie, Paris. 1931.